

खण्ड - II
गर्भवती महिलाओं का अनुसरण



खंड-2

गर्भवती महिला का अनुसरण

इस भाग में 5 प्रपत्र है (PW-1, PW-2, PW-3, PW-4, PW-4A). जिसमें गर्भवती महिला की सूची MCTS /RCH ID संपर्क करने सम्बंधित इत्यादि की जानकारी दर्ज की जाएगी। PW-1 में गर्भवती महिला के पंजीकरण की दिनांक, अंतिम माहवारी की दिनांक , अनुमानित प्रसव तिथि , पूर्व से सम्बंधित सामान्य बीमारी, पूर्व में हुई गर्भावस्था एवं प्रसव से सम्बंधित जटिलताएं की जानकारी एवं प्रयोगशाला जाँच जैसे- VDRL, HIV की भी जानकारी दर्ज की जाएगी। PW-2 में गर्भवती महिलाओं को ANC विजिट के दौरान जो सेवाएं दी जाएगी उनकी जानकारी दर्ज की जाएगी। PW-3 में प्रसव परिणाम जिसमें प्रसव की तिथि , समय , वजन, और नवजात को दिए जाने टिके की जानकारी दर्ज की जाएगी।

प्रसव के उपरांत होने वाली 7 PNC विजिट की जाती है जिसकी जानकारी, PW-4 में माँ और नवजात की 4 PNC विजिट एवं PW-4। में माँ और नवजात की होने वाली अंतिम तीन विजिट की जानकारी दर्ज की जाएगी।

कॉलम के अनुसार दिशा निर्देश

कॉलम 1- क्रमांक- प्रत्येक महिला को क्रमानुसार एक नंबर लिखना है एवं यह नंबर प्रत्येक बार नया होगा जितनी भी बार पंजीकरण किया जायेगा।

कॉलम 2- गर्भवती महिला की MCTS /RCH ID & MCTS/RCH ID दर्ज करनी है जो महिला को भाग 1 में मिली है। यह MCTS /RCH ID हमेशा एक ही रहेगी चाहे वो महिला दूसरी या तीसरी बार गर्भवती हुई हो।

कॉलम 3- गर्भवती महिला का नाम- गर्भवती महिला का नाम लिखना है।

कॉलम 4- पति का नाम- गर्भवती महिला के पति का नाम लिखना है. यदि नहीं बताना चाहे तो NA लिखना है।

कॉलम 5- गर्भवती महिला का आधार एवं बैंक विवरण-

गर्भवती महिला का आधार नंबर लिखना है, नहीं है तो 'NA' लिखना है.

गर्भवती महिला का बैंक खाता नंबर लिखना है, नहीं है तो 'NA' लिखना है.

गर्भवती महिला के बैंक का नाम एवं शाखा का नाम लिखना है, यदि उसके पास बैंक अकाउंट नहीं है तो 'NA' लिखना है.

कॉलम 6 JSY लाभार्थी का विवरण

JSY हितग्राही (हाँ/नहीं)- संबन्धित राज्य के अनुसार लागू होने वाले लाभार्थियों के लिए 'हाँ' दर्ज करे अन्यथा 'नहीं' दर्ज करे।

भुगतान हुआ (हाँ/ नहीं)- भुगतान प्राप्त होने पर 'हाँ' दर्ज करे एवं भुगतान की दिनांक भी दर्जकरे. भुगतान प्राप्त नहीं होने पर 'नहीं' दर्ज करे।

कॉलम-7 यहाँ पर इसी रजिस्टर की पृष्ठ संख्या को लिखना है जिसमें गर्भवती महिला का विवरण दर्ज किया जा रहा है।

जैसे - यदि किसी गर्भवती महिला का क्रमांक नंबर 20 है एवं गर्भवती महिला का विवरण पृष्ठ संख्या 25 पर दर्ज किया जा रहा है तो इस कॉलम में 25 लिखे।

गर्भवती महिला का अनुसरण (PW-1)

कॉलम-1 क्रमांक- गर्भवती का क्रमांक भाग 2 में जो दिया गया है उसी को लिखना है।

जैसे- भाग 2 में यदि गर्भवती महिला का क्रमांक 15 दिया गया है तो PW-1 में भी 15 ही लिखना है।

कॉलम 2- गर्भवती महिला कि MCTS /RCH ID& MCTS/RCH ID दर्ज करनी है जो महिला को भाग 1 में मिली है।

कॉलम 3- गर्भवती महिला का नाम- गर्भवती महिला का नाम दर्ज करना है।

कॉलम 4- पता - गर्भवती महिला जहा निवास करती है वहाँ का पता लिखें।

कॉलम 5- पति का नाम- पति का नाम लिखना है. यदि नहीं बताना चाहे तो NA लिखना है।

कॉलम 6- मोबाइल नम्बर- महिला /पति /परिवार के सदस्य (उल्लेखित करे) मोबाइल नम्बर लिखना आवश्यक है।

कॉलम 7- धर्म - गर्भवती महिला के धर्म (हिन्दू या मुस्लिम या सिख या ईसाई) को लिखें, यदि कोई और धर्म है तो उसे 'अन्य' लिख कर उल्लेखित करे।

कॉलम 8- जाति- गर्भवती महिला के जाति को इस कलम मे लिखे। यदि जाति SC/ST नहीं है तो 'अन्य' लिखे व उसे OBC या सामान्य वर्ग में उल्लेखित करें।

कॉलम 9- BPL/APL उल्लेखित करना है।

कॉलम 10- गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक) (dd/mm/yyyy)- गर्भवती महिला की जन्म दिनांक दर्जकरनी है यदि जन्म दिनांक की जानकारी नहीं है तो आयु पूर्ण वर्षों में दर्ज करे.

कॉलम 11- अंतिम मासिक धर्म के अवधी का दिनांक (LMP)- गर्भवती महिला की अंतिम मासिक चक्र के पहले दिन की तिथि को लिखना है।

कॉलम 12- पंजीकरण का दिनांक- जिस दिन गर्भवती महिला का पंजीकरण एवं जानकारी को पहली बार RCH रजिस्टर में दर्ज किया गया उस तारीख को इस कॉलम मे दर्ज करें।

कॉलम 13- पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)- अंतिम मासिक चक्र के अनुसार पंजीकरण के समय गर्भावस्था पूर्ण हफ्तों में दर्ज करे।

जैसे - यदि अंतिम मासिक चक्र का पहला दिन 15/05/2013 था, वह महिला अपना 12 हफ्ते 07-08-2013 को पूरा करेगी। यदि वह गर्भवती महिला 19-08-2013 को पहली बार आयी तो उसके गर्भ का 14 वा हफ्ता होगा। इस प्रकार इस कॉलम मे 14 हफ्ता लिखा जायेगा।

कॉलम 14- गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/ नहीं)-

यदि गर्भवती महिला का पंजीकरण 12 हफ्तों में या 12 हफ्ते के अंदर किया है तो हाँ दर्ज करे अन्यथा नहीं।

कॉलम 15- पंजीकरण के समय वजन - पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन ले एवं दर्ज करें।

कॉलम 16- प्रसव की अनुमानित दिनांक (EDD)- प्रसव की अनुमानित दिनांक लिखें एवं इसे जानने के हेतु संलगनक -1 देखे।

कॉलम 17- गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम) / जाँच नहीं किया)- यदि रक्त समूह जांचा गया है तो उसका परिणाम दर्जकरे एवं नहीं जांचा गया तो नहीं जांचा गया दर्जकरे।

कॉलम 18- पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण - गर्भवती महिला को पूर्व में कोई बीमारी है तो दर्जकरे जो निचे दिए गए नं0 2 निर्देशों के अनुसार दर्ज करे ।

कॉलम 19- पूर्व प्रसव विवरण

कुल गर्भवस्थाओ की संख्या- इस गर्भ से पहले कितनी बार गर्भधारण किया है ।

पूर्व में हुई दो गर्भवस्थाओ का विवरण - इस गर्भ से पहले पिछली दो गर्भ अवस्थाओं का विवरण दर्ज करे.

जटिलताएँ- गर्भवती महिला से जानकारी लेकर पूर्व में हुई गर्भावस्था एवं प्रसव में हुई जटिलताएँ निचे दिए निर्देशों के अनुसार दर्ज करे ।

गर्भावस्था का परिणाम - पूर्व में हुई गर्भावस्थाओ का परिणाम निचे दिए निर्देशों के अनुसार दर्ज करे ।

कॉलम 20- प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम- गर्भवती महिला जहा वह प्रसव करवाना चाहती है जैसे- जिला चिकित्सालय, CHC, PHC, SC, अन्य निजी चिकित्सालय , घर एवं अन्य (उल्लेखित करे) दर्ज करे ।

कॉलम 21- VDRL (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव / निगेटिव/ नहीं किया - VDRL (RPR) जाँच होने पर उसका परिणाम एवं दिनांक दर्जकरे । जाँच नहीं होने पर 'नहीं किया गया' लिखें । यदि किन्ही कारणों से VDRL जाँच का पता नहीं चल पाने पर "नहीं पता" दर्ज करे ।

कॉलम 22- HIV जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/ नहीं किया - गर्भवती महिला को जहा HIV की जाँच होती है वहाँ भेजना है, यदि गर्भवती महिला की HIV की जाँच हो जाती है एवं परिणाम निगेटिव आता है तो -ve दिनांक के साथ दर्ज करे । यदि +ve आता है तो रजिस्टर में नहीं लिखे (यह जानकारी बहुत गोपनीय है) उसे High Risk pregnancy के रूप में दर्ज करे एवं उस गर्भवती महिला को ICTC पर जाकर जाँच कराने की सलाह दे ।

गर्भवती महिला का अनुसरण (PW-2)

कॉलम 23- क्रमांक- गर्भवती का क्रमांक भाग 2 व प्रारूप PW-1 में जो दिया गया है उसी को लिखना है ।

कॉलम 24- गर्भवती महिला का नाम- गर्भवती महिला का नाम PW-1 में क्रम संख्या के अनुरूप जो दिया गया है उसे लिखें ।

कॉलम 25- गर्भावस्था जाँच की भेंट की क्रम संख्या - गर्भवती महिला के ANC भ्रमण की संख्या दर्जकरे । निचे दिए गए दिशा निर्देशों के अनुसार परन्तु ANC के लिए आने वाली गर्भवती महिला पहली बार आने पर पहली भेंट में दर्जकी जाएगी एवं उसे सभी सेवाए दी जाएगी एवं दर्जकी जाएगी ।

कॉलम 26- गर्भावस्था जाँच की दिनांक - ANC सेवाए देने वाली दिनांक दर्ज करे ।

कॉलम 27- संस्था / स्थान जहा गर्भावस्था जाँच की गयी - उस संस्था का नाम एवं स्थान को दर्ज करे ।

कॉलम 28- गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या - ANC जाँच की दिनांक को पूर्ण हुए हफ्तों की संख्या दर्ज करे ।

कॉलम 29- गर्भपात, यदि कोई हुआ हो -

नहीं- यदि महिला अभी भी गर्भवती है तो 'नहीं' दर्ज करे ।

यदि हाँ (I/S) गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या - यदि महिला का गर्भपात हो गया है तो गर्भपात के समय उसकी गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या दर्ज करे । स्वतः में । दर्ज करे एवं प्रेरित में S दर्ज करे ।

कॉलम 30- यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय / गैर शासकीय) - यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था का प्रकार दर्ज करे ।

कॉलम 31 गर्भवती महिला का वजन (कि . ग्रा.) - प्रत्येक ANC भ्रमण पर वजन लेना है एवं उसे दर्ज करे ।

कॉलम 32 बी. पी. (BP) mmHg - प्रत्येक ANC भ्रमण पर महिला का बी. पी. जाँचना है एवं दर्ज करे ।

सिस्टोलिक - रीडिंग को दर्ज करे ।

डायास्टोलिक- रीडिंग को दर्ज करे ।

कॉलम 33 एच. बी (ग्राम :-)- प्रत्येक ANC भ्रमण पर महिला का एच. बी जाँचना है एवं दर्ज करे ।

कॉलम 34 मूत्र शुगर जाँच (किया गया /नहीं किया गया)- महिला के मूत्र की जाँच करके उसमे उपलब्ध मात्रा को दर्ज करे । यदि नहीं किया गया है तो नहीं किया दर्ज करे ।

एल्ब्यूमिन (पी/ए) - एल्ब्यूमिन की मात्रा होने पर पी दर्ज करे नहीं तो ए दर्ज करे ।

शुगर (पी/ए) - शुगर की मात्रा होने पर पी दर्ज करे नहीं तो ए दर्ज करे । यदि मूत्र में शुगर की मात्रा पायी जाती है तो महिला को खून में शुगर की मात्रा जांचे की सलाह दें ।

कॉलम 35- रक्त शुगर जाँच (किया गया /नहीं किया गया) - यदि किया गया है तो

खाली पेट - रक्त शुगर खाली पेट का स्तर दर्ज करे ।

खाने के पश्चात -रक्त शुगर खाने के पश्चात का स्तर दर्ज करे ।

कॉलम 36- टी टी का टीका (दिनांक)

टी टी -1- टी टी का पहला टीका लगने की दिनांक दर्ज करे ।

टी टी -2/ बूस्टर - टी टी -2/ बूस्टर का पहला टीका लगने की दिनांक दर्ज करे

कॉलम 37 -फोलिक एसिड गोलियों की संख्या (गर्भावस्था के 12 हफ्तों में भीतर दिया गया / नहीं) - फोलिक एसिड गोलियों की संख्या दर्ज करे । परन्तु यदि पंजीकरण 12 हफ्तों के बाद किया है तो यह लागू नहीं है ।

कॉलम 38- IFA गोलियों की संख्या (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के पश्चात) - IFA गोलियों की संख्या दर्ज करे ।

कॉलम 39- फंडस / पेट की जाँच - 12 हफ्तों के बाद पेट की जाँच करने के पश्चात

फंडस की ऊंचाई/ गर्भाशय का विस्तार - पेट जांचने के पश्चात अनुमानित ऊंचाई/ गर्भाशय का विस्तार दर्ज करे ।

भ्रूण की हृदय स्पंदन दर - 24 हफ्तों के पश्चात भ्रूण की हृदय स्पंदन दर नाप कर दर्ज करे ।

भ्रूण की स्थिति / गर्भस्थिति - 32 हफ्तों के पूर्ण होने पर भ्रूण की स्थिति दर्ज करे ।

भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बड़ी हुई / कम/ अनुपस्थित)- 18-22 हफ्तों के बाद भ्रूण की गतिविधि को चिन्हीकरण कर दर्ज करे ।

कॉलम 40- यदि अति खतरे वाले लक्षण हो तो कृपया इंगित करे - निचे दिए गए RCH रजिस्टर निर्देशों के अनुसार इंगित करे।

कॉलम 41- यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार- नीचे दिए रच रजिस्टर में दिशा निर्देशों के अनुसार दर्ज करे।

कॉलम 42- इस प्रसवोत्तर पश्चात कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे - तीसरी ANC विजिट के दौरान गर्भवती महिला से जानकारी हासिल कर दर्ज करे।

कॉलम 43- मातृ मृत्यु हुई (हाँ / नहीं)- यदि गर्भवती महिला की मृत्यु हुई तो हाँ दर्ज करे अन्यथा नहीं दर्ज करे।

यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण- यदि मृत्यु हुई, तो उसकी दिनांक, जगह (SC, PHC, CHC, DH, प्राइवेट हास्पिटल और अन्य) एवं संभावित कारण RCH रजिस्टर में निचे दिशा निर्देशों के अनुसार दर्ज करे।

गर्भवती महिला का अनुसरण (PW-3)

कॉलम 44- क्रमांक- गर्भवती का क्रमांक भाग 2 में जो दिया गया है उसी को दर्ज करना है

कॉलम 45- गर्भवती महिला का नाम- गर्भवती महिला का नाम दर्ज करना है.

कॉलम 46- प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे : मिनट) HH:MM- प्रसव का दिनांक एवं समय दर्ज करे।

कॉलम 47- प्रसव का स्थान- प्रसव का स्थान दर्ज करे। जैसे- जिला चिकित्सालय, CHC, PHC, SC, अन्य शासकीय संस्था / मान्यता प्राप्त गैर शासकीय संस्था / अन्य गैर शासकीय अस्पताल / घर

कॉलम 48 प्रसव किसने कराया - प्रसव करवाने वाले व्यक्ति का पद दर्ज करे।

कॉलम 49 प्रसव का प्रकार - प्रसव का प्रकार दर्ज करे।

कॉलम 50 प्रसव के समय जटिलताएँ - यदि कोई जटिलता आयी तो RCH रजिस्टर में दिशा निर्देशों के अनुसार दर्ज करे।

कॉलम 51 प्रसव का परिणाम

जीवित जन्म अथवा मृत जन्म - प्रसव का परिणाम दर्ज करे। यदि जुड़वाँ बच्चे हुए हैं तो उनका जो भी परिणाम है वो दर्ज करे।

कॉलम 52 यदि प्रसव संस्था में हुआ है तो छुट्टी का समय एवं दिनांक

दिनांक - दिनांक दर्ज करे।

छुट्टी का समय- छुट्टी का समय दर्ज करे।

कॉलम 53 शिशु का क्रमांक - शिशु का क्रमांक दर्ज करे।

कॉलम 54 पूर्ण काल / समय से पहले- शिशु का जन्म की जानकारी दर्ज करे।

कॉलम 55 यदि समय से पूर्व प्रसव (> 28 हफ्ते एवं < 34 हफ्ते) तो कर्टिकोस्टेरिओइड्स माता को दिया (हाँ / नहीं / पता नहीं / लागू नहीं)- यदि शिशु का जन्म 34 हफ्ते से पहले हुआ है तो ही हाँ दर्ज करे।

कॉलम 56 नवजात शिशु का लिंग (लड़का / लड़की)- नवजात का लिंग दर्ज करे ।

कॉलम 57 शिशु जन्म के तुरंत रोया (हाँ/ नहीं)- शिशु के रोने की जानकारी दर्ज करे ।

कॉलम 58 अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/ नहीं)- यदि शिशु को कोई समस्या होती है एवं उसे उच्च चिकित्सा संस्था रेफर किया जाता है जानकारी दर्जकरे अन्यथा नहीं दर्ज करे ।

कॉलम 56 कोई जन्म जात विकृति - जन्म जात विकृति होने पर हाँ दर्ज करे अन्यथा नहीं दर्ज करे .

कॉलम 60 जन्म के समय वजन- जन्म के समय का वजन दर्ज करे ।

कॉलम 61 जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/ नहीं)- शिशु को जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान दिया गया तो हाँ दर्ज करे ।

जन्म के समय की खुराक (दिया/ नहीं दिया)

कॉलम 62 ओ पी वी - ओ पी वी की खुराक मिलने पर हाँ दर्ज करे ।

कॉलम 63 बी सी जी- बी सी जी की खुराक मिलने पर हाँ दर्ज करे ।

कॉलम 64 Hepatitis बी - Hepatitis बी खुराक मिलने पर हाँ दर्ज करे ।

कॉलम 65 इंजेक्शन विटामिन के- इंजेक्शन विटामिन के खुराक मिलने पर हाँ दर्ज करे ।

गर्भवती महिला का अनुसरण (PW-4)

कॉलम 66- क्रमांक- गर्भवती का क्रमांक भाग 2 में जो दिया गया है उसी को दर्ज करना है

कॉलम 67- गर्भवती महिला का नाम- गर्भवती महिला का नाम दर्ज करना है.

कॉलम 68- प्रसवोत्तर PNC भेंट-

कॉलम 69-प्रसवोत्तर भेंट दिनांक- की जाने वाली भेंट की दिनांक दर्ज करे ।

कॉलम 70- माता को दी गई IFA गोलियों की संख्या / नहीं दी गई- IFA गोलियों की संख्या दर्ज करे ।

खतरे वाले लक्षणों को इंगित करे, यदि कोई हो

कॉलम 71 माता - यदि माता में RCH रजिस्टर के अनुसार खतरे के लक्षण दिखाई देते हैं तो दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे ।

कॉलम 72 शिशु- यदि माता में RCH रजिस्टर के अनुसार खतरे के लक्षण दिखाई देते हैं तो दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे ।

कॉलम 73 शिशु का वजन- सभी विजिट में वजन को दर्ज करे ।

यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करे

कॉलम 74 माता - रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान की जानकारी दर्ज करे

कॉलम 75 शिशु - रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान की जानकारी दर्ज करे.

कॉलम 76- प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करे- सभी विजिट के दौरान महिला से प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग पूछना है एवं प्रयोग किये जाने वाले साधन की जानकारी दर्ज करे।

यदि मृत्यु हुई हो तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करे

शिशु मृत्यु -

कॉलम 77 कारण- RCH रजिस्टर के दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे।

कॉलम 78 दिनांक- शिशु की मृत्यु की दिनांक दर्ज करे .

मातृ मृत्यु

कॉलम 79 कारण- RCH रजिस्टर के दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे।

कॉलम 80 दिनांक- माता की मृत्यु की दिनांक दर्ज करे

कॉलम 81 मृत्यु का स्थान (घर / अस्पताल / रास्ते में)- मृत्यु का स्थान दर्ज करे।

कॉलम 82 टिपण्णी, यदि कोई हो

गर्भवती महिला का अनुसरण (PW-4 ।)

कॉलम 83- क्रमांक- गर्भवती का क्रमांक भाग 2 में जो दिया गया है उसी को दर्ज करना है

कॉलम 84- गर्भवती महिला का नाम- गर्भवती महिला का नाम दर्ज करना है.

कॉलम 85 - प्रसवोत्तर PNC भेंट-

कॉलम 86-प्रसवोत्तर भेंट दिनांक- की जाने वाली भेंट की दिनांक दर्ज करे।

कॉलम 87 माता को दी गई IFA गोलियों की संख्या / नहीं दी गई- IFA गोलियों की संख्या दर्ज करे।

खतरे वाले लक्षणों को इंगित करे, यदि कोई हो

कॉलम 88 माता - यदि माता में RCH रजिस्टर के अनुसार खतरे के लक्षण दिखाई देते हैं तो दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे।

कॉलम 88 शिशु- यदि माता में RCH रजिस्टर के अनुसार खतरे के लक्षण दिखाई देते हैं तो दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे।

शिशु का वजन- सभी विजिट में वजन को दर्ज करे।

यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करे

कॉलम 89 माता - रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान की जानकारी दर्ज करे

कॉलम 89 शिशु - रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान की जानकारी दर्ज करे.

कॉलम 90 - प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करे- सभी विजिट के दौरान महिला से प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग पूछना है एवं प्रयोग किये जाने

वाले साधन की जानकारी दर्ज करे।

यदि मृत्यु हुई हो तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करे

शिशु मृत्यु -

कॉलम 91 कारण- RCH रजिस्टर के दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे।

कॉलम 91 दिनांक- शिशु की मृत्यु की दिनांक दर्ज करे.

मातृ मृत्यु

कॉलम 92 कारण- RCH रजिस्टर के दिशा निर्देश अनुसार दर्ज करे।





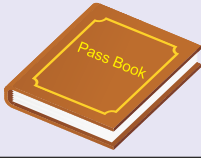

कॉलम 92 दिनांक- माता की मृत्यु की दिनांक दर्ज करे

कॉलम 93 मृत्यु का स्थान (घर / अस्पताल / रास्ते में)- मृत्यु का स्थान दर्ज करे।

कॉलम 94 टिपणी, यदि कोई हो

खण्ड - II (अनुक्रमणिका)

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

1	2	3	4	5			6	7	
									
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का नाम	पति का नाम*	गर्भवती महिला का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण			जे.एस.वाई. लाभार्थी विवरण		पृष्ठ क्रमांक ⁽³⁾
				आधार नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम/ उपलब्ध नहीं	जे.एस.वाई. हितग्राही हॉ/नहीं	भुगतान हुआ हॉ/नहीं ⁽²⁾	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

(1) जो एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर खण्ड- I में महिला हेतु प्रयुक्त हुआ है, वही आई.डी. नम्बर महिला के गर्भवती होने पर प्रयोग होगा।





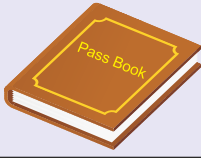

(2) केवल जे०एस०वाई० हितग्राहियों हेतु।

(3) इस पंजिका का पृष्ठ क्रमांक जिस पर गर्भवती महिला का विवरण लिखा है।

*यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

खण्ड - II (अनुक्रमणिका)

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

1	2	3	4	5			6	7	
									
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का नाम	पति का नाम*	गर्भवती महिला का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण			जे.एस.वाई. लाभार्थी विवरण		पृष्ठ क्रमांक ⁽³⁾
				आधार नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम/ उपलब्ध नहीं	जे.एस.वाई. हितग्राही हॉ/नहीं	भुगतान हुआ हॉ/नहीं ⁽²⁾	
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									

(1) जो एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर खण्ड- I में महिला हेतु प्रयुक्त हुआ है, वही आई.डी. नम्बर महिला के गर्भवती होने पर प्रयोग होगा।





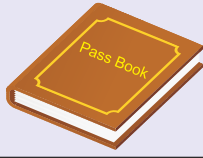

(2) केवल जे०एस०वाई० हितग्राहियों हेतु।

(3) इस पंजिका का पृष्ठ क्रमांक जिस पर गर्भवती महिला का विवरण लिखा है।

*यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

खण्ड - II (अनुक्रमणिका)

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

1	2	3	4	5			6	7	
									
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का नाम	पति का नाम*	गर्भवती महिला का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण			जे.एस.वाई. लाभार्थी विवरण		पृष्ठ क्रमांक ⁽³⁾
				आधार नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम/ उपलब्ध नहीं	जे.एस.वाई. हितग्राही हॉ/नहीं	भुगतान हुआ हॉ/नहीं ⁽²⁾	
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									

(1) जो एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर खण्ड- I में महिला हेतु प्रयुक्त हुआ है, वही आई.डी. नम्बर महिला के गर्भवती होने पर प्रयोग होगा।





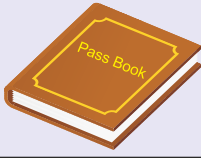

(2) केवल जे०एस०वाई० हितग्राहियों हेतु।

(3) इस पंजिका का पृष्ठ क्रमांक जिस पर गर्भवती महिला का विवरण लिखा है।

*यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

खण्ड - II (अनुक्रमणिका)

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

1	2	3	4	5			6	7	
									
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का नाम	पति का नाम*	गर्भवती महिला का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण			जे.एस.वाई. लाभार्थी विवरण		पृष्ठ क्रमांक ⁽³⁾
				आधार नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम/ उपलब्ध नहीं	जे.एस.वाई. हितग्राही हॉ/नहीं	भुगतान हुआ हॉ/नहीं ⁽²⁾	
31.									
32.									
33.									
34.									
35.									
36.									
37.									
38.									
39.									
40.									







(1) जो एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर खण्ड- I में महिला हेतु प्रयुक्त हुआ है, वही आई.डी. नम्बर महिला के गर्भवती होने पर प्रयोग होगा।

(2) केवल जे०एस०वाई० हितग्राहियों हेतु।

(3) इस पंजिका का पृष्ठ क्रमांक जिस पर गर्भवती महिला का विवरण लिखा है।

*यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।





सामान्य जानकारी

											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
1.											
2.											
3.											
4.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक -1 देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾			गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg		एच.बी (ग्राम %)
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	
1.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
2.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
3.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
4.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37	38	39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोणियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) /नहीं	आई.एफ.ए. (IFA) गोणियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾	फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर		फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)						

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोणियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आईएफए गोणियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वों बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्सिया,

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोणियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित

(9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं

नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम

44	45	46	47	48	49	50	51	52	
क्रमांक	प्रसव विवरण								
	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक	
								दिनांक (DD/MM/YYYY)	छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
1.									
2.									
3.									
4.									

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ड.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हों तो कारण इंगित करें (इक्लेम्पिसिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

नवजात शिशु का विवरण												
शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/ समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/ लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनाँक	बी.सी.जी. दिनाँक	हेपेटाइटिस बी दिनाँक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनाँक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पेलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफेलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

66		67		68		69		70		71		72		73	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)													
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.								
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾									
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



74		75		76		77		78		79		80		81		82	
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾		यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो					
						कारण	दिनांक	कारण	दिनांक								
माता	शिशु																

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)
(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ङ.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)
(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)
(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)
टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

								
83	84	85	86	87	88			
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.	
माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾							
1.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						
2.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						
3.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						
4.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

89		90 प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		93 मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	94 टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)







(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासमारोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्सिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।



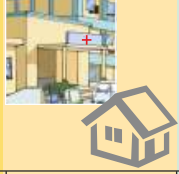

सामान्य जानकारी

											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
5.											
6.											
7.											
8.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक -1 देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।






प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾			गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg		एच.बी (ग्राम %)
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
5.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
6.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
7.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
8.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

																							
34		35		36		37		38		39				40		41		42		43			
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोणियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) ⁽⁴⁾ /नहीं		आई.एफ.ए. (IFA) गोणियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾		फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें		यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾		इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾		मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)		यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾	
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर			फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)												

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोणियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आईएफए गोणियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वों बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी./सी.एच.सी./जिला चिकित्सालय/गौर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्पिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें)

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोणियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित
 (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं
 नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






क्रमांक	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक	
								दिनांक (DD/MM/YYYY)	छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
44	45	46	47	48	49	50	51	52	
5.									
6.									
7.									
8.									

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ड.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/ समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/ लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/ नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

66		67		68		69		70		71		72		73	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)													
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.								
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾									
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

74		75		76		77		78		79		80		81		82			
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾				प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾				यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें				मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)				टिप्पणी, यदि कोई हो			
माता		शिशु				शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾											
						कारण	दिनांक	कारण	दिनांक										

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)									
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.				
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
5.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
6.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
7.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
8.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



89		90	91	92	93	94
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)







(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
9.											
10.											
11.											
12.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक - I देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾			गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg		एच.बी (ग्राम %)
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	
9.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
10.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
11.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
12.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37	38	39				40	41	42	43		
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोण्डियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) /नहीं	आई.एफ.ए. (IFA) गोण्डियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾	फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾	
एल्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर		फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)							

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोण्डियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आईएफए गोण्डियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गमयुक्त स्राव (ड.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वाँ बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी/सी.एच.सी/जिला चिकित्सालय/गैर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेमिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें)

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोण्डियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित
 (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ड.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं
 नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






क्रमांक	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक
								दिनांक (DD/MM/YYYY) छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
44	45	46	47	48	49	50	51	52
9.								
10.								
11.								
12.								

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पैलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)							
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾	
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

74		75	76		77	78	79	80	81	82
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/ रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		कारण	दिनांक	कारण	दिनांक				

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)
 (6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)
 (7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)
 (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)
 टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

								
83	84	85	86	87	88			
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.	
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾		
9.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						
10.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						
11.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						
12.		इक्कीसवाँ दिन						
		अट्ठाईसवाँ दिन						
		ब्यालीसवाँ दिन						

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

89		90	91	92	93	94
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)







(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
13.											
14.											
15.											
16.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक -1 देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।






प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

23	24	25	26	27	28	29			30	31	32		33
						गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg			एच.बी (ग्राम %)		
क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	एच.बी (ग्राम %)	
13.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
14.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
15.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
16.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

																	
34		35		36		37		38	39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोलियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) /नहीं		आई.एफ.ए. (IFA) गोलियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾	फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर			फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)						

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोलियाँ (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आईएफए गोलियाँ (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तास्राव (घ) दुर्गमयुक्त स्राव (ड.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वों बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी./सी.एच.सी./जिला चिकित्सालय/गेर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्सिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें)) (9) *हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोलियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ड.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






44	45	46	47	48	49	50	51	52	
क्रमांक	प्रसव विवरण								
	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक	
								दिनांक (DD/MM/YYYY)	छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
13.									
14.									
15.									
16.									

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/ समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/ लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/ नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

66		67		68		69		70		71		72		73	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)													
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.								
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾									
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

74		75		76		77		78		79		80		81		82	
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾		यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें				शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो			
				कारण		दिनांक											
				माता		शिशु		कारण		दिनांक						कारण	

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ङ.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निर्मोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।


83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.			
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों						
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
13.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
14.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
15.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
16.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

						
89		90	91	92	93	94
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/ रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5)(क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6)(क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
17.											
18.											
19.											
20.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.व्ही. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजीका का संलग्नक -I देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०व्ही० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०व्ही० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।






प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

23	24	25	26	27	28	29			30	31	32		33
						गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg			एच.बी (ग्राम %)		
क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg	एच.बी (ग्राम %)				
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक		
17.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
18.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
19.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
20.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

																		
34		35		36		37		38		39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोलीयों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया/नहीं) ⁽⁴⁾		आई.एफ.ए. (IFA) गोलीयों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾		फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁹⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक एवं संभावित कारण ⁽⁸⁾
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर			फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)							

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोलीयों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आई.एफ.ए. गोलीयों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए. की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए. नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वाँ बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी./सी.एच.सी./जिला चिकित्सालय/गैर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेमिसिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें))

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोलीयों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित
 (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं
 नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






क्रमांक	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक
								दिनांक (DD/MM/YYYY) छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
44	45	46	47	48	49	50	51	52
17.								
18.								
19.								
20.								

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पेलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण															
66		67		68		69		70		71		72		73	
क्रमांक		माता का नाम		प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)											
				प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾		प्रसवोत्तर भेंट दिनांक		माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई		खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों				शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.	
										माता ⁽²⁾		शिशु ⁽³⁾			
				पहला दिन											
				तीसरा दिन											
				सातवाँ दिन											
				चौदहवाँ दिन											
				पहला दिन											
				तीसरा दिन											
				सातवाँ दिन											
				चौदहवाँ दिन											
				पहला दिन											
				तीसरा दिन											
				सातवाँ दिन											
				चौदहवाँ दिन											
				पहला दिन											
				तीसरा दिन											
				सातवाँ दिन											
				चौदहवाँ दिन											

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

74		75		76		77		78		79		80		81		82	
माता		शिशु		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾	शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो						
					कारण	दिनांक	कारण	दिनांक									

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ङ.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पिसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)									
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.				
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
17.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
18.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
19.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
20.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



89		90 प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		93 मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	94 टिप्पणी, यदि कोई हो
			91 शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	92 मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		
माता	शिशु					

(5)(क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6)(क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासवरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
21.											
22.											
23.											
24.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजीका का संलग्नक -I देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾			गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg		एच.बी (ग्राम %)
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
21.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
22.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
23.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
24.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37	38	39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोणियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) /नहीं	आई.एफ.ए. (IFA) गोणियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾	फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾
एल्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर			फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)					

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोणियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आईएफए गोणियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वों बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी./सी.एच.सी./जिला चिकित्सालय/गेर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेमिसिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें)

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोणियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं
नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






क्रमांक	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक
								दिनांक (DD/MM/YYYY) छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
44	45	46	47	48	49	50	51	52
21.								
22.								
23.								
24.								

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/ समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/ लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/ नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पेटलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफेलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

									
66	67	68	69	70	71	72	73		
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)							
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.		
						माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾		
		पहला दिन							
		तीसरा दिन							
		सातवाँ दिन							
		चौदहवाँ दिन							
		पहला दिन							
		तीसरा दिन							
		सातवाँ दिन							
		चौदहवाँ दिन							
		पहला दिन							
		तीसरा दिन							
		सातवाँ दिन							
		चौदहवाँ दिन							
		पहला दिन							
		तीसरा दिन							
		सातवाँ दिन							
		चौदहवाँ दिन							

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



74		75		76		77		78		79		80		81		82	
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾		यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें				शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो			
माता	शिशु			कारण	दिनांक	कारण	दिनांक										

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)
 (6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)
 (7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)
 (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)
 टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)									
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.				
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
21.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
22.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
23.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
24.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

89		90	91	92	93	94
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

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

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
25.											
26.											
27.											
28.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.व्ही. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजीका का संलग्नक -I देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०व्ही० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०व्ही० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

23	24	25	26	27	28	29			30	31	32		33
						गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg			एच.बी (ग्राम %)		
क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	एच.बी (ग्राम %)	
25.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
26.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
27.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
28.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37	38	39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोलियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) /नहीं	आई.एफ.ए. (IFA) गोलियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾	फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर		फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)						

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोलियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आईएफए गोलियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दौरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्राव (ड.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वाँ बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण (इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी./सी.एच.सी./जिला चिकित्सालय/गेर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्सिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें) (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ड.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोलियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित

नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






क्रमांक	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक	
								दिनांक (DD/MM/YYYY)	छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
44	45	46	47	48	49	50	51	52	
25.									
26.									
27.									
28.									

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पेलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफेलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

								
66	67	68	69	70	71	72	73	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.	
				माता ⁽²⁾		शिशु ⁽³⁾		
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण										PW - 4									
74		75		76		77		78		79		80		81		82			
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾				प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾				यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें				मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)				टिप्पणी, यदि कोई हो			
माता		शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾													
								कारण		दिनांक		कारण		दिनांक					

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासवारोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.			
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों						
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
25.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
26.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
27.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
28.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

89		90	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		93	94
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾	मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/ रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)







(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
29.											
30.											
31.											
32											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक -1 देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾			गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg		एच.बी (ग्राम %)
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
29.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
30.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
31.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										
32.		प्रथम भेंट										
		द्वितीय भेंट										
		तृतीय भेंट										
		चतुर्थ भेंट										

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37		38		39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोण्डियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया/नहीं)		आई.एफ.ए. (IFA) गोण्डियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾		फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर			फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)							

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोण्डियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आई.एफ.ए. गोण्डियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए. की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए. नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दौरा (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वाँ बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी/सी.एच.सी/जिला चिकित्सालय/गौर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्सिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें))

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोण्डियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित
 (9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीड (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं
 नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

प्रसव परिणाम






44	45	46	47	48	49	50	51	52	
क्रमांक	प्रसव विवरण								
	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक	
								दिनांक (DD/MM/YYYY)	छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
29.									
30.									
31.									
32.									

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पेटलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफेलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण							
66	67	68	69	70	71	72	73
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)					
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾	
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



74		75		76		77		78		79		80		81		82	
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾		यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो					
माता	शिशु	कारण	दिनांक	कारण	दिनांक	कारण	दिनांक	कारण	दिनांक								

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.			
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾			
29.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
30.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
31.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
32.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

89		90	91	92	93	94
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।



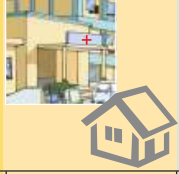

सामान्य जानकारी

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
33.											
34.											
35.											
36.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक -I देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

23	24	25	26	27	28	29			30	31	32		33
						गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg			एच.बी (ग्राम %)		
क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	सिस्टोलिक	डायस्टोलिक	एच.बी (ग्राम %)	
33.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
34.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
35.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
36.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37		38		39				40		41		42		43					
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोलियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) /नहीं		आई.एफ.ए. (IFA) गोलियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾		फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें		यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾		इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾		मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)		यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾			
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर			फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)														

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोलियाँ (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आई.एफ.ए. गोलियाँ (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए. की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए. नहीं दिया गया है तो "नहीं दिया" लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गमयुक्त स्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वों बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण (इ) रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्सिया, हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोलियाँ ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें।

(9) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं
 नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।
 गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित

प्रसव परिणाम






44	45	46	47	48	49	50	51	52	
क्रमांक	प्रसव विवरण								
	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक	
								दिनांक (DD/MM/YYYY)	छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
33									
34.									
35.									
36.									

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ङ.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

66		67		68		69		70		71		72		73	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)													
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.								
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾									
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													
		पहला दिन													
		तीसरा दिन													
		सातवाँ दिन													
		चौदहवाँ दिन													

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



74		75		76		77		78		79		80		81		82	
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾		यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो					
माता	शिशु			कारण	दिनांक	कारण	दिनांक										

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दंपत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)									
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.				
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
33.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
34.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
35.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
36.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



89		90	91	92	93	94
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	टिप्पणी, यदि कोई हो
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)







(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ङ.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्प्सिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।





सामान्य जानकारी

											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का एम०सी०टी०एस० आई०डी० नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनुसूचित जनजाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/गरीबी रेखा के ऊपर	गर्भवती महिला की आयु (जन्म दिनांक)	अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक (LMP)	पंजीकरण का दिनांक
37.											
38.											
39.											
40.											

* खण्ड - I वाले एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर का उपयोग करें

** यदि पति के नाम का खुलासा नहीं किया गया है तो, "लागू नहीं" लिखें।

सामान्य जानकारी

   												
13	14	15	16	17	18	19				20	21	22
पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में)	गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर पंजीकरण किया गया (हाँ/नहीं)	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD) ⁽¹⁾	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जाँच किया (परिणाम)/जाँच नहीं किया)	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण ⁽²⁾	पूर्व प्रसव विवरण				प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम ⁽⁵⁾	वी.डी.आर.एल. (RPR) जाँच (दिनांक) पॉजिटिव/निगेटिव/नहीं किया	एच.आई.वी. (HIV) जाँच किया (दिनांक) निगेटिव/नहीं किया ⁽⁶⁾
						कुल गर्भावस्थाओं की संख्या	पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण	जटिलताएँ ⁽³⁾	गर्भावस्था का परिणाम ⁽⁴⁾			
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					
							पिछली गर्भावस्था					
							पिछली से पिछली गर्भावस्था					

(1) प्रसव की अनुमानित दिनांक जानने हेतु गणनात्मक तालिका को देखें (इस पंजिका का संलग्नक -I देखें)

(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ.) मिर्गी (दौरे आना) (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. (छ) एच०आई०वी० पॉजिटिव (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य (विवरण दें)

(3) पूर्व गर्भावस्था में कोई जटिलता (क) दौरे आना (ख) ए.पी.एच. (A.P.H.) (ग) गर्भावस्था जनित उच्च रक्तचाप (पी.आई.एच.) (P.I.H.) (घ) बार बार गर्भपात की आवृत्ति (Repeated Abortion) (ङ.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरुद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं

(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणाम: (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म

(5) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उप केंद्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/घर में

(6) यदि एच०आई०वी० जाँच पॉजिटिव है तो परिणाम यहाँ रजिस्टर में नहीं लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

23	24	25	26	27	28	29			30	31	32		33
						गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg			एच.बी (ग्राम %)		
क्रमांक	गर्भवती महिला का नाम	गर्भावस्था जाँच भेंट की क्रम संख्या ⁽¹⁾	गर्भावस्था जाँच दिनांक	संस्था/स्थान जहाँ गर्भावस्था जाँच की गई	गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	गर्भपात, यदि कोई हुआ हो ⁽²⁾	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (BP) mm Hg	एच.बी (ग्राम %)				
						नहीं	यदि हाँ, (आई/एस) ⁽²⁾ गर्भावस्था के हफ्तों की संख्या	यदि प्रेरित गर्भपात है तो संस्था (शासकीय/ गैर शासकीय)		सिस्टोलिक	डायस्टोलिक		
37.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
38.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
39.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											
40.		प्रथम भेंट											
		द्वितीय भेंट											
		तृतीय भेंट											
		चतुर्थ भेंट											

(1) आम तौर पर ए.एन.सी प्रथम भेंट-12 हफ्तों के अंदर; द्वितीय भेंट - 14 से 26 हफ्तों में; तृतीय भेंट-28 से 34 हफ्तों में (चिकित्साधिकारी द्वारा); चतुर्थ भेंट 36 हफ्तों और पूर्ण समय होने के बीच होनी चाहिए। यदि गर्भावस्था में महिला किसी भी समय पहली बार आती है तो उसकी जानकारी "प्रथम भेंट" में दर्ज करें। उसे उसके सारे उपचार एवं सुविधाएं दें जो उसे उसकी उस गर्भावस्था तक मिलनी चाहिए।

(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

34		35		36		37	38	39				40	41	42	43	
मूत्र शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		रक्त शुगर जाँच (किया गया/नहीं किया गया)		टी.टी. का टीका (दिनांक)		फोलिक एसिड (FA) गोणियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया) ⁽⁴⁾ /नहीं	आई.एफ.ए. (IFA) गोणियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात्) ⁽⁵⁾	फण्डस / पेट की जाँच				यदि अति खतरे वाले लक्षण ⁽⁶⁾ हों तो कृपया इंगित करें	यदि रेफर किया, संस्था का नाम, दिनांक एवं प्रकार ⁽⁷⁾	इस प्रसवोत्तर पश्चात् कौन से गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे ⁽⁸⁾	मातृ मृत्यु (हाँ/ नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान एवं संभावित कारण ⁽⁹⁾
एल्ब्यूमिन (पी/ए)	शुगर ⁽³⁾ (पी/ए)	खाली पेट	खाने के पश्चात्	टी.टी. 1	टी.टी. 2/ बूस्टर		फण्डस की ऊँचाई/ गर्भाशय का विस्तार	भ्रूण की हृदय स्पंदन दर	भ्रूण की स्थिति/ गर्भस्थिति	भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/ बढ़ी हुई/कम/ अनुपस्थित)						

(3) यदि मूत्र में शर्करा है तो रक्त शर्करा की जाँच हेतु निर्देशित करें। (4) फोलिक एसिड की गोणियों (400 µgm) (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के अंदर देनी है) (5) आई.एफ.ए. गोणियों (12 हफ्तों की गर्भावस्था के बाद) यदि रक्ताल्पता है तो आई.एफ.ए की दोहरी खुराक दें। यदि आई.एफ.ए. नहीं दिया गया है तो “नहीं दिया” लिखें। (6) (क) उच्च रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 और अथवा डायस्टोलिक 90 mmHg) (ख) दोरे (ग) योनि रक्तस्राव (घ) दुर्गमयुक्त स्त्राव (ङ.) अतिरक्ताल्पता (एच.बी स्तर < 7 ग्राम %) (च) मधुमेह (छ) जुड़वाँ बच्चे (ज) अन्य (विवरण दें) (झ) कोई नहीं (7) (क) रेफरल का कारण इंगित करें (अति खतरे की स्थिति/अन्य (विवरण दें), रेफरल संस्था का प्रकार इंगित करें (पी.एच.सी./सी.एच.सी./जिला चिकित्सालय/गैर शासकीय संस्था/अन्य (विवरण दें), संस्था का नाम भी लिखें (उदाहरण- पी.एच.सी.-रामगढ़, सी.एच.सी.-श्यामनगर) (8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण (इक्लेम्सिया, रक्तस्राव, तेज बुखार, गर्भपात, अन्य (विस्तार दें) (9) *हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोणियों ना दें और उच्च संस्था को रेफर करें। (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD) (ख) महिला नसबंदी (PPS) (ग) पुरुष नसबंदी (घ) निरोध (ङ.) पारम्परिक (ट्रेडिशनल) तरीके (च) अन्य (विवरण दें) (ज) अभी नहीं बता सकते (झ) कोई नहीं नोट: सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

गर्भस्थिति (सामान्य/तिर्यक (transverse)) पी : उपस्थित, ए : अनुपस्थित

प्रसव परिणाम






क्रमांक	माता का नाम	प्रसव का दिनांक एवं समय (घंटे:मिनट) HH:MM	प्रसव का स्थान ⁽¹⁾	किसने प्रसव कराया ⁽²⁾	प्रसव का प्रकार ⁽³⁾	प्रसव के समय जटिलताएं ⁽⁴⁾	प्रसव का परिणाम : जीवित शिशु (1/2) अथवा मृत शिशु (1/2)	यदि प्रसव संस्था में हुआ है, तो छुट्टी देने का समय एवं दिनांक
								दिनांक (DD/MM/YYYY) छुट्टी का समय (घंटे:मिनट)HH:MM
44	45	46	47	48	49	50	51	52
37.								
38.								
39.								
40.								

(1) जिला चिकित्सालय/सी.एच.सी./पी.एच.सी./उपकेन्द्र/अन्य शासकीय संस्था/मान्यताप्राप्त गैर शासकीय संस्था/अन्य गैर शासकीय अस्पताल/घर

(2) ए.एन.एम/एल.एच.व्ही/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अवांल (Placenta) का बाहर न आना (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (prolapsed cord) (ड.) जुड़वाँ बच्चे (च) झटके आना (छ) मृत्यु (यदि हाँ तो कारण इंगित करें (इक्लेम्सिया, तेज बुखर, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

												
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

नवजात शिशु का विवरण

शिशु का क्रमांक	पूर्णकाल/ समय से पहले	यदि समय से पूर्व प्रसव (>28 हफ्ते एवं <34 हफ्ते) तो इंजेक्शन कॉर्टिकोस्टेरोइड (Corticosteroids) माता को दिया (हाँ/नहीं/पता नहीं/लागू नहीं)	नवजात शिशु का लिंग (लड़का/ लड़की)	शिशु जन्म के तुरत बाद रोया (हाँ/नहीं)	अग्रिम चिकित्सा हेतु शिशु को उच्च संस्था को रेफर किया (हाँ/ नहीं/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति ⁽⁵⁾	जन्म के समय वजन	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	जन्म के समय की खुराक ⁽⁶⁾ (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी. दिनांक	बी.सी.जी. दिनांक	हेपेटाइटिस बी दिनांक	इन्जेक्शन विटामिन के ⁽⁷⁾ दिनांक
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												
शिशु 1												
शिशु 2												

(5) (क) क्लेफ्ट लिप/क्लेफ्ट पेटलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (स्पाइना बाफिडा) (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ड.) इम्परफोरेट एनस (च) डाउन्स सिंड्रोम (छ) अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं

(6) जन्म के समय

(7) इंजेक्शन विटामिन के - मांसपेशीगत (यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम या अधिक है तो 1.0 मि.ग्रा. की खुराक दें और यदि जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से कम है तो 0.5 मि.ग्रा. की खुराक दें)।

								
66	67	68	69	70	71	72	73	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों		शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.	
				माता ⁽²⁾		शिशु ⁽³⁾		
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						
		पहला दिन						
		तीसरा दिन						
		सातवाँ दिन						
		चौदहवाँ दिन						

(1) सामान्यतः प्रसव के पश्चात पहले, तीसरे, सातवें और बयालिसवें दिन प्रसवोत्तर भेंट की जाती है। एच०बी०एन०सी० (HBNC) के दौरान तीन अन्य भेंटें चौदहवें, इक्कीसवें एवं अट्ठाइसवें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट में दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दौरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक प्रसवोत्तर भेंट में बच्चे का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।



74		75		76		77		78		79		80		81		82	
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें। ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें। ⁽⁶⁾		यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾		मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾		मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो					
माता	शिशु			कारण	दिनांक	कारण	दिनांक										

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)
(6) (क) प्रसवोत्तर आईयूसीडी (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)
(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निर्मोनिया, अन्य (विवरण दें)
(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)
टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

83		84		85		86		87		88	
क्रमांक	माता का नाम	प्रसवोत्तर माता एवं शिशु की देखरेख (PNC)						शिशु का वजन ⁽⁴⁾ कि.ग्रा.			
		प्रसवोत्तर PNC भेंट ⁽¹⁾	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या/नहीं दी गई	खतरे वाले लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हों						
					माता ⁽²⁾	शिशु ⁽³⁾					
37.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
38.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
39.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									
40.		इक्कीसवाँ दिन									
		अट्ठाईसवाँ दिन									
		ब्यालीसवाँ दिन									

(1) HBNC के अंतर्गत तीन अतिरिक्त भेंटें प्रसव के 14वें, 21वें एवं 28वें दिन की जानी चाहिए।

(2) (क) पी.पी.एच. (ख) बुखार (ग) सेप्सिस (घ) तेज पेट दर्द (ङ.) तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई (च) साँस लेने में तकलीफ (छ) बुखार/कंपकपी (ज) अन्य - विवरण दें (झ) कोई नहीं। यदि हों तो संस्था में रेफर करें।

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ङ.) हाइपोथर्मिया (तापमान में कमी) (च) दोरे आना (छ) तेज छाती चलना (तेज साँस चलना) (ज) दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/शिशु की हलचल में कमी (झ) कोई नहीं। यदि कोई भी हों है तो संस्था में रेफर करें।

(4) प्रत्येक पी.एन.सी. भेंट के समय शिशु का वजन लें, यदि वजन नहीं बढ़ रहा है या कम हो रहा है तो संस्था में रेफर करें।

89		90	91		92		93		94	
माता	शिशु		शिशु मृत्यु ⁽⁷⁾	मातृ मृत्यु ⁽⁸⁾	मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/ रास्ते में)		टिप्पणी, यदि कोई हो			
यदि खतरे के लक्षण माता या शिशु में पाए जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम एवं स्थान इंगित करें ⁽⁵⁾		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक का प्रयोग इंगित करें ⁽⁶⁾	यदि मृत्यु हुई तो दिनांक एवं संभावित कारण इंगित करें							

(5) (क) पी.एच.सी. (ख) सी.एच.सी. (ग) जिला चिकित्सालय (घ) गैर शासकीय चिकित्सालय/अन्य (विवरण दें)

(6) (क) प्रसवोत्तर आई.यू.सी.डी. (PPIUCD- प्रसव के 48 घंटों के अंदर) (ख) निरोध (ग) पुरुष नसबंदी (घ) महिला नसबंदी (PPS- प्रसवोत्तर ७ दिन के अंदर नसबंदी) (ड.) कोई नहीं (च) अन्य (विवरण दें)

(7) शिशु मृत्यु के संभावित कारण- (श्वासावरोध (Asphyxia), जन्म के समय कम वजन, बुखार, दस्त, निमोनिया, अन्य (विवरण दें)

(8) मातृ मृत्यु के संभावित कारण- (इक्लेम्पसिया, रक्तास्राव (पीपीएच), रक्ताल्पता, तेज बुखार, अन्य (विवरण दें)

टिप्पणी -42 दिनों बाद EC-2 प्रपत्र में जानकारी भरें और योग्य दंपत्ति को गर्भनिरोधकों के प्रयोग हेतु विवरण लें। दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दंपत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।