

आशा द्वारा नवजात तथा माता की सामुदायिक एवं घरेलू प्रसवोत्तर देखभाल

रेफरल कार्ड (आशा प्रतिलिपि)

आशा द्वारा रिकार्ड तथा पुष्टि के लिये रखा जायें।

रोग ग्रस्त नवजात का नाम .....	आयु .....	दिन .....	लिंग.....	पुरुष / स्त्री	दिनांक..... / ..... / .....
पिता का नाम.....	गाँव .....			ब्लाक.....	
स्वास्थ्य समस्या.....					
दिया गया उपचार.....					
सन्दर्भ कहाँ किया गया.....	एम्बूलेन्स सेवा द्वारा (हाँ / नहीं)				
आशा के हस्ताक्षर.....	ए0एन0एम0 द्वारा पुष्टि.....				

रेफरल कार्ड (लाभार्थी प्रतिलिपि)

रोग ग्रस्त नवजात का नाम .....	आयु .....	दिन .....	लिंग.....	पुरुष / स्त्री	दिनांक..... / ..... / .....
पिता का नाम.....	गाँव .....			ब्लाक.....	
स्वास्थ्य समस्या.....					
दिया गया उपचार.....					
सन्दर्भ कहाँ किया गया.....	एम्बूलेन्स सेवा द्वारा (हाँ / नहीं)				
आशा के हस्ताक्षर.....					

यदि रोगग्रस्त नवजात शिशु को चिकित्सक को दिखया गया हो तो चिकित्सक का नाम.....स्वास्थ्य इकाई का नाम व पता.....चिकित्सक द्वारा रोग ग्रस्त नवजात के स्वास्थ्य जाँच की तिथि.....स्वास्थ्य जाँच का परिणाम.....  
 .....उपचारित किया गया / उच्च स्वास्थ्य इकाई को संदर्भित किया गया यदि संदर्भित किया तो कहाँ किया .....  
 ...स्वास्थ्य इकाई का नाम व पता.....