

**आशा स्तरीय एच.बी.एन.सी. मासिक प्रगति रिपोर्ट- प्रारूप 2**

(एच.बी.एन.सी. गृह भ्रमण प्रपत्रों के आधार पर आशा यह रिपोर्ट तैयार कर प्रत्येक माह की 25 तारीख तक संकलन के लिए उत्तरदायी स्वास्थ्य कार्यकर्त्री के पास जमा करना सुनिश्चित करें)

आशा कार्य क्षेत्र का नाम				उपकेन्द्र का नाम			ब्लॉक				जनपद			रिपोर्टिंग दिनांक			
सामान्य सूचनाएं				गृह भ्रमण प्रपत्र के आधार पर संकलित सूचनाएं											पर्यवेक्षण		
क्रम संख्या	प्रसूता का नाम	पति का नाम	प्रसव का दिनांक	प्रसव पश्चात माँ एवं नवजात शिशु के स्वास्थ्य की स्थिति (उचित कॉलम में ✓ का चिन्ह लगाएं)			नवजात शिशु का लिंग (उचित कॉलम में ✓ का चिन्ह लगाएं)		जन्मजात विकृति के साथ जन्मे नवजात के लिए (उचित कॉलम में ✓ का चिन्ह लगाएं)		जन्म के समय 2500 ग्राम से कम व 1800 ग्राम से अधिक वजन के जन्मे नवजात लिए ✓ का चिन्ह लगाएं	जन्म के समय 1800 ग्राम या उससे कम वजन के जन्मे नवजात के लिए ✓ का चिन्ह लगाएं	यदि किसी जटिलता के कारण नवजात को सरकारी अस्पताल संदर्भित किया गया था तो ✓ का चिन्ह लगाएं	जन्म से 28 दिन के अंदर नवजात शिशु की मृत्यु की दशा में (उचित कॉलम में ✓ चिन्ह लगाएं)		क्या इस नवजात शिशु का भ्रमण आशा संगिनी द्वारा किया गया? ✓ चिन्ह लगाएं	क्या इस नवजात शिशु का भ्रमण स्वास्थ्य कार्यकर्त्री द्वारा किया गया? ✓ का चिन्ह लगाएं
				माँ एवं शिशु दोनों जीवित	माँ जीवित शिशु मृत	माँ मृत शिशु जीवित	लडका	लडकी	लडका	लडकी	12-A	12-B		14	15		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12-A	12-B	13	14	15	16	17
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
Total				कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓	कुल ✓

1	क्या आपके पास पूरी एवं क्रियाशील एच.बी.एन.सी. किट है (वजन मशीन थैले सहित, थर्मामीटर, डिजिटल घड़ी एवं कम्बल)? ✓ का चिन्ह लगाएं
2	क्या आपके पास पूरी ड्रग किट (पैरासिटामोल, अमोक्सीसिलिन सीरप एवं जन्धान वॉयलेट पेंट) है ? ✓ का चिन्ह लगाएं
3	एस.एन.सी.यू से डिस्चार्ज के पश्चात इस माह फॉलोअप किये गए शिशुओं की संख्या लिखें ?

आशा का नाम एवं हस्ताक्षर:  
रिपोर्ट जमा करने की तारीख:

**उपकेन्द्र स्तरीय एच.बी.एन.सी. मासिक प्रगति रिपोर्ट- प्रारूप 3**

(आशाओं से प्रारूप-2 पर संकलित रिपोर्ट गृह भ्रमण प्रपत्रों के साथ प्रत्येक माह की 30 तारीख तक ब्लॉक पर उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें)

उपकेन्द्र का नाम						ब्लॉक					जनपद					रिपोर्टिंग दिनांक		
सामान्य सूचनाएं						गृह भ्रमण प्रपत्र के आधार पर संकलित सूचनाएं										एस.एन.सी.यू.	पर्यवेक्षण	
क्रम संख्या	Module 6 – 7 के प्रथम चक्र में प्रशिक्षित सभी आशाओं के नाम लिखें	आशा के कार्य क्षेत्र का नाम मजदूरों सहित लिखें	क्या आशा के पास क्रियाशील पूरी एच.बी.एन.सी. किट है (वजन मशीन झोले सहित, धर्मापीटर, डिजिटल घड़ी एवं कम्बल)? (हाँ/नहीं)	क्या आशा के पास पैरासिटामोल, अमोक्सीसिलिन सीरप एवं जन्धान वॉयलेट पेंट है?(हाँ/नहीं)	क्या आशा द्वारा रिपोर्टिंग माह में एक भी गृह भ्रमण प्रपत्र जमा किया गया है ? (हाँ/नहीं)	आशा द्वारा जमा किये गए गृह भ्रमण प्रपत्रों की संख्या	गृह भ्रमण प्रपत्रों की संख्या के अनुसार जीवित जन्मे नवजात की संख्या		जन्मजात विकृति के साथ जन्मे नवजात की संख्या		जन्म के समय 2500 ग्राम से कम व 1800 ग्राम से अधिक वजन के जन्मे नवजात की संख्या	जन्म के समय 1800 ग्राम या उससे कम वजन के जन्मे नवजात की संख्या	सरकारी जन स्वास्थ्य इकाई पर संदर्भित नवजात की संख्या	जन्म से 28 दिन के अंदर मृत नवजात शिशु की संख्या		एस.एन.सी.यू. से डिस्चार्ज के पश्चात इस माह फॉलोअप किये गए शिशुओं की संख्या लिखें	संगिनी द्वारा आशा को गृह भ्रमण में सहयोग हेतु संयुक्त रूप से भ्रमण किये गए नवजात की संख्या (गृह भ्रमण प्रपत्र के पर्यवेक्षकीय कॉलम में आख्या के आधार पर)	स्वास्थ्य कार्यकर्त्री द्वारा गृह भ्रमण/ग्राम स्वास्थ्य पोषण दिवस के दिन भौतिक सत्यापन किये गए गृह भ्रमण प्रपत्रों की संख्या
							लडका	लडकी	लडका	लडकी				लडका	लडकी			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12-A	12-B	13	14	15	16	17	18
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
			कुल हाँ की संख्या अंकित करें	कुल हाँ की संख्या अंकित करें	कुल हाँ की संख्या अंकित करें													
स्वास्थ्य कार्यकर्त्री का नाम व हस्ताक्षर						पदनाम										दिनांक		



