लेबर रूम के उददे□य

1. प्रसव के दौरान और प्रसवोपरान्त देखभाल की गुणवत्ता में सुधार किया जाना।
2. प्रभावी रूप से प्रसूति सम्बन्धी जटिलताओं और जोखिम वाले गर्भधारण का प्रबन्धन करना।
3. फैसिलिटी में आने वाली गर्भवती महिलाओं को सम्मानपूर्ण मातृत्व देखभाल (RMC) प्रदान करना।
4. जटिलताओं का प्रबंधन और आव□यकतानुसार उच्च इकाई पर ससमय रेफरल सुनि□चत करना और एक प्रभावी फॉलोअप सिस्टम को किया□ील रखना।
5. स्वास्थ्य सुविधाओं पर आने वाले लाभार्थीयों की सन्तुश्टि में वृध्दि।
6. जन्म के बाद ऑक्सिीटासिन के कियान्वयन के लिए 100 प्रति□ात अनुपालन सुनि□चत करना।
7. प्रसव के दौरान रियल टाइम पार्टोग्रॉफ के उपयोग के लिए 100 प्रति□ात अनुपालन सुनि□चत करना।
8. आव□यक दवाओं और उपभोग्य सामग्री का स्टाक आउट न होना सुनि□चत करना।

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

स्टैण्डर्ड ऑपरेटिंग प्रोसीजर

उद्देश्यः – गर्भवती महिलाओं की प्रसवपूर्व तथा प्रसवोत्तर अवधि तक देखभाल सुनिश्चित करने के लिए एक प्रणाली विकसित करना और इसके साथ ही नवजात शिशुओं की आवश्यकताओं को पूरा करना। इसका उद्देश्य मातृ, नवजात एवं शिशुओं की मृत्यु दर को कम करना है।

लक्ष्यः – इसमें गर्भवती महिलाओं के गर्भावस्था के प्रथम तिमाही में पंजीकरण के समय से लेकर प्रसव पश्चात 42 दिनों तक तथा नवजात को आच्छादित किया गया है।

उत्तरदायित्वः – अस्पताल के प्रभारी, प्रसूति एवं रोग विभाग के सेवा प्रदाता, बाल रोग विशेषज्ञ, चिकित्सा अधिकारी और स्टाफ नर्स/एएनएम।

प्रक्रियाः–चिकित्सालय में प्रसव के रोगी को भर्ती करने और सेवाएं प्रदान करने के लिए एस.ओ.पी. ।

क्रम सं0	गतिविधि	उत्तादायित्व	आवश्यक अभिलेख
4.1	**सेवा प्रावधान**– सभी मातृ एवं शिशु अस्पतालों के लिए IPHS दिशा–निर्देश एवं MOHFW, भारत सरकार द्वारा जारी मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य के लिए संचालन दिशा निर्देशों के अनुसार सेवाए प्रदान की जाती है। इसके अर्न्तगत है– 1. प्रसवपूर्व देखभाल एवं उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था के प्रबन्धन जिनको लेवल–1 और अन्य संस्थानों से संदर्भित किया गया है। 2. 24X7 आपातकालीन प्रसूति देखभाल और नवजात देखभाल सम्बन्धी सेवाएं। 3. बीमार शिशुओं की आपातकालीन देखभाल 4. परिवार नियोजन सेवाएं। 5. परामर्श।	चिकित्सालय प्रभारी	जिला अस्पताल के लिए IPHS दिशानिर्देश
4.1.1	**लेबर रूम की तैयारी**– • लेबर रूम चेकलिस्ट के अनुसार लेबर रूम को सभी औशधियों एवं आवश्यक उपकरणों के साथ तैयार रखा जाता है। • पर्दे/स्क्रीन द्वारा महिला के लिए पर्याप्त गोपनीयता सुनिश्चित की जाती है।	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	
4.2	**गर्भवती महिला और उसके परिवार के साथ संवाद**– • गर्भवती महिला और साथ आने परिजनों का सम्मानपूर्वक स्वागत किया जाता है। • यह सुनिश्चित किया जाता है कि कोई अपमानजनक टिप्पणी न की जाए। • लेबर रूम प्रक्रिया के बारे में गर्भवती महिला और उसके प्रसव सहयोगी को जानकारी दी जाती है।	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	• किसी भी भारीरिक और योनि परीक्षा भुरू करने से पहले गर्भवती की सहमति ली जाती है।		
4. 2.1	**लेबर रूम में सहायक देखभाल –** • गर्भवती महिला को बार–बार टहलने और मूत्र त्याग करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। • एक रि तेदार को जन्म सहायक के रूप में गर्भवती महिला के साथ रहने की अनुमति होती है। • गर्भवती महिला को चिकित्सक के द्वारा दी गयी सलाह के प चात खाने और पीने का निर्दे ा दिया जाता है। उसे हल्का भोजन जैसे– चाय, दूध, बिस्किुट आदि लेने और भारी भोजन से बचने की सलाह दी जाती है। • उसे अपनी पसन्द के पोजीसन को अपनाने और संकुचन के दौरान धीमी और गहरी सांस लेने की सलाह दी जाती है।	स्टाफ नर्स (प्राथमिक)	
4. 2.2	**भर्ती/परीक्षण/रेफरल के लिए प्रकिया–** • गर्भवती महिलाओं को प्रसव पीड़ा अथवा प्रसव का अनुमानित समय नजदीक आने पर अस्पताल में भर्ती कराया जाता ळें • गर्भवती महिलाओं में उच्च जोखिम वाले चिन्हों जैसे कि मालप्रेजेंटेशन आदि का पता लगाया जाता है, और वह गर्भवती महिलाएँ जो वैकल्पिक सी–सेक्शन के लिए चिन्हित हैं, उन्हें अपेक्षित तिथि से 2–3 दिन पहले भर्ती कराया जाता है। • गर्भवती महिलाओं को कैजुअल्टी/इमरजेंसी में लिया जाता है, जहॉ ई.एम.ओ. के द्वारा देखा जाता है और यदि तत्काल कार्यवाही (तुरंत प्रसव होने की स्थिति में) की आव यकता नहीं है, तो उन्हें लेबर रूम में भेज दिया जाता है। • गर्भवती महिलाए सीधे लेबर रूम में पहुचती हैं, जहॉ ड्यूटी पर तैनात चिकित्सा अधिकारी/नर्सिग स्टाफ उन्हें देखता है। • प्रत्येक भर्ती गर्भवती महिला के लिए बेड हेड टिकट जेनरेट किया जाता है और आई.पी.डी. रजिस्टर में उसकी प्रविश्टि (entry) की जाती है। • मेडिकल अधिकारी/स्टाफ नर्स रोगी की वर्तमान स्थिति का वि लेशण करतें है और गर्भावस्था से जुड़ी किसी भी जटिलता का आंकलन करने के लिए रेफरल स्लिप सहित पुराने रिकार्ड की समीक्षा करतें है। • यदि गर्भवती महिला प्रसव का प्रथम अवस्था में है, तो उसे प्री पार्टम ऑब्जर्वे ान बेड पर स्थानान्तरित कर दिया जाता है, जहॉ समय–समय पर उसके वाईटल(VITAL)और सर्विक्स के फैलाव की निगरानी की जाती है और पार्टोग्राफ भरना भुरू किया जाता है। • एक्लेम्पसिया से पीड़ित गर्भवती महिला को एक्लेम्पसिया के कमरे/बेड पर स्थानान्तरित कर चिकित्सा की जाती है। • इमरजेंसी सेक ान की आव यकता वाली गर्भवती महिला को तैयारी के तुरन्त बाद ओ.टी. के प्री ऑपरेटिव वार्ड में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। • जो गर्भवती महिलायें फाल्स लेबर में/ अवलोकन में होती हैं उनकी निगरानी की जाती है। स्थिति सामान्य होने के प चात् छुट्टी दे दी जती है।		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	• जब रोगी की स्थिति ऐसी होती है कि उसे जटिलताओं के कारण या सुविधाओं की कमी के कारण चिकित्सालय में चिकित्सा नहीं की जा सकती है, तो उसे समय से अगले उच्च उपयुक्त चिकित्सालय में एम्बुलेंस सेवाओं द्वारा समस्त रिकार्ड एवं रेफरल स्लिप के साथ रेफर कर दिया जाता है। **सम्बन्धित वार्ड में रोगी का स्थानान्तरण–** • रोगी को साथ सम्बन्धित प्रसव साथी के साथ ए.एन.सी. वार्ड में स्थानान्तरितकर दिया जाता है। • रोगी को पहुचानें के लिए आव यकतानुसार स्ट्रेचर / व्हील चेयर / ट्रॉली का उपयोग किया जाता है।		
4. 2.3	**नैदानिक परीक्षण के मांग फार्म के लिए और रिर्पोट प्राप्तकरने के लिए प्रकिया–** • यदि कोई प्रयोग ाला परीक्षण किया जाना आव यक है, तो ऑन ड्यूटी डॉक्टर लैब / एक्स–रे / यूएसजी के फार्म पर परीक्षण निर्धारित करता है। • नियमित मामलों में,स्टाफ नर्स दो पहचानकर्ताओं के द्वारा रोगी की पहचान करने के बाद नमुना एकत्र करती है और इसे मांग फार्म के साथ प्रयोग ाला में भेजती है। • आपातकालीन मामलों में जहॉ मरीज को इमरजेंसी LSCS के लिए ओ.टी. में स्थानान्तरित करने की आव यकता होती है, स्टाफ नर्स द्वारा प्रयोग ाला तकनीि ायन (इन–हाउस / आउटसोर्स) को सूचित किया जाता है। लैब तकनीि ायन नमूना एकत्र करता है। रैपिड टेस्ट किट आपातकालीन परीक्षणों के लिए एक और विकल्प है। • एक अलग लैब पंजीकरण सख्या तैयार की जाती है और रिर्पोट के सग्रह के लिए रोगी के परिचारक को दी जाती है। • लैब से निर्धारित प्रतिवर्तन काल के भीतर रिपोर्ट प्राप्त होती है। • नियमित मामलों में, अगर एक्स–रे,ईसीजी या अल्ट्रासाउण्ड करने की आव यकता होती है, तो नर्स सम्बन्धित तकनीि ायन को सूचित करती है, और निर्धारित तिथि और समय पर रोगी को जांच के लिए सम्बन्धित विभाग में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। • रेडियोलॉजी (एक्स–रे / यूएसजी) विभाग से निर्धारित समय में रिर्पोट प्राप्त होती है।		
4. 2.4	**लेबर रूम के लिए हस्तक्षेप की व्यवस्था–** • **नर्स**–प्रभारी प्रसव के लिए आव यक उपकरण,दवाओं और उपभोग्य सामग्री एवं अन्य सुविधाओं के लिए सूची रखती है। • आव यक दवाओं उपभोग्य सामग्रियों की खपत की वैज्ञानिक गणना के बाद नर्स प्रभारी समय से इनका इन्डेन्ट करती हैं। • नर्स प्रभारी आव यक दवाओं और उपभोग्य सामाग्रियों के बफर स्टॉक को बनाए रखती है। • आव यक उपकरणों की कार्यक्षमता और दवाओं और उपभोग्य सामग्रियों की उपलब्धता सुनि चत की जाती है और दैनिक आधार पर चेक किया जाता है।	नर्स–प्रभारी / सीएमएस / अस्पताल प्रबन्धक / गुणवत्ता के लिए विभागीय नोडल अधिकारी	लेबर रूम तैयारियों के लिए चेकलिस्ट

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	• उपकरण के टुटने या आपूर्ति में कमि के सम्बन्ध में चिकित्सालय प्र ाासन को सूचित किया जाता है और तत्काल सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है। • महत्वपूर्ण उपकरणों की A.M.C और वार्शिक जॉच (CALIBRATION) प्रत्येक वर्श की जाती है। प्रदे ा में इस कार्य हेतु सॉरिक्स कंपनी को राज्य स्तर से चिन्हित किया गया है, जिनके टॉल–फ्री न0. तथा जनपद स्तर पर सम्पर्क किये जाने हेतु दूरभाश संख्या समन्वय हेतु चिकित्सालय में उपलब्ध है।		
4. 2.5	**रक्त चढ़ाने की प्रकिया–** • प्रसवोत्तर रक्तस्त्राव (PPH) जैसी स्थितियों सदमा (SHOCK) और गंभीर एनीमिया हो सकता है, में रक्त चढ़ाने की आव यकता हो सकती हैं • ट्रांसफ्यूजन केवल तभी किया जाता है, जब महिला को इससे होने वाले जोखिमों की तुलना में लाभ अधिक मिलनें की सम्भावना होती है। • अस्पताल में 24**X**7 ब्लड बैंक से कार्यात्मक लिकेंज की सुविधा उपलब्ध हैं। • आपातकालीन जीवन रक्षक स्थितियों में डॉक्टर/अधिकृत व्यक्ति के द्वारा संस्तुति के बाद रक्त को बिना प्रतिस्थापन के जारी कर दिया जाता है। • ट्रांसफ्यूजन से पहले डोनर और प्राप्तकर्ता के रक्त का क्रॉस मैचिंग अनिवार्य है। • उच्च जाखिम वाले रोगीयों के लिए परिचारकों को पहले से रक्त की व्यवस्था करने के लिए कहा जाता है। • अनुभवी स्वास्थ्यकर्मी की निगरानी में रक्त चढ़ाया जाता है। • यदि कोई रक्त आधान प्रतिकिया होती है तो सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है। • ब्लड ट्रांसफ्यूजन रिएक ान फार्म सम्बन्धित ब्लड बैंक को रिर्पोट किया जाता है। **रक्त उत्पादों के परिवहन क अनुरोध करने से पहले, यह सुनि□चत करें–** • रोगी को **IV** लाईन के द्वारा SALINE दिया जाता जा रहा है। • चिकित्सक के द्वारा ट्रांसफ्यूजन के लिए आदे ा लिखित में किया गया है। • सूचित सहमति प्राप्त की गई है। • मेडिकल स्टाफ के द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित रिक्वीजी ान फार्म के साथ रोगी के रक्त का सैंपल (ग्रुपिंग और क्रांस–मिलान के लिए) स्थापित ब्लड बैंकों में देने के बाद ही वहॉ से रक्त प्राप्त किया जाता है। • स्टाफ नर्स/वार्ड अटेंडेंट ब्लड स्टोरेज से ब्लड कंपोनेंट को इकट्ठा करता है, इंसूलेटेड कंटेनर में ब्लड कंपोनेंट को उपयुक्त जगह पर पहुचाता है और उसे नर्स इंचार्ज को देता है। • असामान्य रंग,धुधलापन,थक्के और अतिरिक्त हवा का निरीक्षण करना। • कम्पेटिबिलिटी पर्ची की जॉच कर यह सुनि चत करें कि रक्त		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	की युनिट पर अंकित निम्नलिखित जानकारी और कम्पेटिबिलिटी पर्ची पर की जानकारी दोनों समान है। 1. रक्त इकाई संख्या 2. कलेक ान तिथि 3. एक्सपाईरी तिथि 4. ABO रक्त समूह और Rh समूह 5. मरीजों का नाम रिक्वीजी ान पर्ची / केस फाईल से मेल खाता है। • यह सुनि चत किया जाता है कि रक्त को मॉनिटर किये गये रेफ्रिजरेटरों में रखा जाए, जिसका उद्दे य तापमान को 2–6 डिग्री सेल्सियस पर बनाए रखना है। • यह सुनि चत किया जाता है कि ब्लड कंपोनेंट्स को कमरे के तापमान पर या किसी अनियत्रित रेफ्रिजरेटर में नही रखा जाता है। • यदि सम्पूर्ण ब्लड या पैक्ड रेड सेल्स को ब्लड बैंक से जारी होने के 30 मिनट के अन्दर चढ़ाना भुरू नही किया जाता है,तो उस यूनिट को एक मॉनिटर रेफ्रिजरेटर में रख दिया जाता है। • Thawed FFP को भी एक मॉनिटर किये गए रेफ्रिजरेटर में रखा जाता है और पिघलने के बाद केवल 24 घण्टे तक ही संग्रहीत किया जाता है ,पिघलने के बाद 6घण्टे से पहले इसका इन्फ्यूजन सबसे अच्छा होता है। • प्लेटलेट्स को प्लेटलेट इनक्यूबेटर में 20–24 डिग्री सेल्सियस पर स्थिर क्षोभ के साथ संग्रहित किया जाता है और केवल इन्फ्यूजन के समय ही ब्लड बैंक से लिया जाता है। • एसेप्टिक तकनीक और यूनिवर्सल ब्लड और बॉडी सबस्टेंस सावधानियों का पालन किया जाता है, हाथ धोना पॉलिसी के अनुसार किया जाता है। • रोगी के बेड के पास दो नर्सो या एक नर्स और एक डॉक्टर द्वारा ब्लड की प्रत्येक यूनिट की जॉच की जाती है, और अंकित किया जाता है। • ब्लड ट्रांसफ्युजन का रेट इस प्रकार है– 1. वयस्क पहले 15 मिनट के लिए 1 मिली / मिनट से भुरू करें। यदि कोई प्रतिकिया नहीं है, तो 15 मिनट के बाद 4 मिली / मिनट तक बढ़ाए। • यदि रोगी में ट्रांसफ्यूजन रिएक ान दिखाई देता है, तो ट्रांसफ्यूजन को तुरन्त केनुला हब (cannula hub) से बन्द कर दिया जाता है, 0.9% सोडियम क्लोराइड का इन्फ्यूजन भुरू किया जाता है और सम्बन्धित चिकित्सक जो इस केस को देख रहे हैं या जो चिकित्सक ड्यूटी पर हैं को सूचित किया जाता है। • रिएक ान फार्म पर निर्दे ित जांचों के लिए ब्लड सैंपल के साथ विधिवत रूप से भरा हुआ ट्रांसफ्यूजन रिएक ान फार्म ब्लड बैंक को वापस कर दिया जाता है। • यदि कोई सबूत या प्रतिकिया और महत्वपूर्ण संकेत 15 मिनट के बाद स्थिर नही होते हैं तो प्रवाह निर्धारित दर पर समायोजित किया जाता है। • यदि रिएक ान का कोई प्रमाण नहीं मिलता है और 15 मिनट में VITAL SIGN स्थिर हो जाते हैं तो प्रवाह निर्धारित दर पर समायोजित कर दिया जाता है।		

	• विलम्ब से होने वाले ट्रांसफ्यूजन रिएक न के लिए रोगी का लगातार मूल्यॉकन किया जाता है • 0.9% सोडियम क्लोराइड को छोड़कर कोई भी दवा या सोल्यूसन उस ट्यूब से इन्फ्यूज नहीं करनी है जिससे ब्लड कॉम्पोनेन्ट इन्फ्यूज किया गया हों। • Administration set का उपयोग केवल लाल कोि ाकाओं के इन्फ्यूजन भ्रारू करने के समय से 4 घण्टे तक किया जाता है। • ब्लड ट्रांसफ्यूजन की अवधि सामान्यतः 4 घण्टे प्रति ब्लड यूनिट से अधिक नहीं होती है। • ब्लड और ब्लड बैग को बी.एम.डब्ल्यू. पालिसी के अनुसार त्याग दिया जाता है। **अनुपालन आव□यकताएं–** • **इनटेक और आउट भीट दस्तावेजः–** 1. ट्रांसफ्यूजन किये गए ब्लड की मात्रा 2. ब्लड यूनिट और संख्या 3. ट्रांसफ्यूजन का प्रारम्भ और समापन समय 4. चढ़ाई गई SALINE की मात्रा • नर्स ट्रांसफ्यूजन के समय में हुई रोगी की प्रतिकिया को प्रलेखित करती हैं।		
4.3	**लेबर रूम में महिला की हिस्ट्री लेना और परीक्षण करना।**		
4. 3.1	• **रोगी का इतिहास लिया जाता है।** ○ संकुचन की भ्रारूआत का समय ○ दर्द की आवृत्ति ○ लीकिंग/ब्लीडिंग P.V ○ बच्चे की गति/ हरकत ○ लेबर का प्रबंधन करने के लिए और उचित रेफरल बनाने के लिए सुरक्षित जन्म चेकलिस्ट (safe birth checklist) ुरू करें। • **निम्नलिखित मापदंडों की जॉच के लिए भ्रारीरिक परीक्षण किया जाता है–** ○ पल्स,तापमान,बी0पी0,पाण्डुता (पीलापन) • **पेट की परीक्षा निम्नलिखित मापदंडों की जॉच करने के लिए की जाती है–** ○ फंडल हाइट (Fundal height) ○ फीटल लाई और प्रेजेन्टे ान (Fetal lie & presentation) ○ भ्रूण की हृदय गति (FHR) ○ आवृत्ति, अवधि और संकुचन की तीव्रता • **पर वैजाइनल परीक्षण किया जाता है–** ○ स्ट्रिक्ट एस्पेसिस (हाथ की सफाई, स्टराइल दस्ताने और एंटीसेप्टिक का उपयोग करके वल्वा की सफाई) का पालन किया जाता है। ○ गर्भा ाय ग्रीवा के फैलाव और प्रवाह का निर्धारण किया जाता है।	**स्टाफ नर्स (प्राथमिक)**	

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	○ प्रेजेंटे ान और मेम्ब्रेन (झिल्ली) की स्थिति देखी जाती है। ○ अगर झिल्ली पहले से फट गई है तो निकलने वाले पानी के रंग को नोट किया जाता है। ○ प्रेजेंटिंग पार्ट के स्टे ान की जॉच की जाती है। ○ सामान्य लेबर के लिए पेलविस (श्रोणि)की पर्याप्तता निर्धारित करें। • **True लेबर के लक्षण दिखते है–** ○ दर्दनाक संकुचन ○ वैजाइना से ब्लड स्टेंन म्यूकस का स्त्राव (SHOW) ○ पानी की थैली का बनना।		
आपातकालीन प्रसूति देखभाल के लिए प्रकिया			
क म सं.	**गतिविधि**	**उत्तरदायित्व**	**सन्दर्भ दस्तावेज**
4. 3.2	**जटिलताओं और रेफरल की पहचान** • सिफलो पेल्विक डिसप्रपो र्नेंट(सीपीडी) • योनि से भरी रक्तत्राव यदि हर 5 मिनट में एक पैड भीग जाता है। • भॉक (shock) (तेज और कमजोर नाड़ी, सिस्टोलिक बी.पी. 90 mm Hg से कम,ठंडी और नम त्वचा) • झटके आना (convulsion) • खतरनाक बुखार (38^{0}c से अधिक तापमान) • भवसन सम्बन्धि कठिनाई • फीटल डिस्ट्रेस– FHR 120 / मिनट से कम या 160 / मिनट से अधिक, मेकोनियम युक्त पानी स्त्राव। • TRANSVERS LIE,BREECH PRESENTATION. • पूर्व प्रसव सीजेरियन सेक ान • 24 घंटे से अधिक समय तक लेबर • प्रीटर्म लेबर (34wk या उससे कम) • गर्भ मं से दो से अधिक भ्रूण का होना (MULTIPLE BIRTH) • गर्भावस्था प्रेरित उच्च रक्तचाप (PH) • ब्लड ग्रुप Rh(-ve) है • गर्भस्थ ि ा J की नाल का बाहर आना (PROLAPSED CORD) **ब्लीडिंग PV :** कोई योनि परीक्षा नही। IV कैनूला लगांए, IV फ्लूड दें (नार्मल सेलाइन या रिंगर लैक्टेट सोल्यू ान) **भॉक**– स्थिति के साथ पैरों को छाती से ऊपर रखा जाय, ऑक्सीजन दें IV कैनूला लगांए, IV फ्लूड दें (नार्मल सेलाइन या रिंगर लैक्टेट सोल्यू ान) **झटके आना**– रोगी को बॉई करवट स्थिति में रखें, वायुमार्ग को साफ करें,चोट बचाऍ और ऑक्सीजन दें। मैग्नीि ायम सल्फेट से महिला का इलाज करें। ○ **प्री रेफरल** :– यदि मरीज को रेफर किए जाने की आव यकता हो, तो मेडिकल ऑफिसर की मौजूदगी में L1 और L2 फैसिलिटी में लोंडिग डोज 10 ग्राम IM (50%) (5gm में प्रत्येक नितम्ब) है।		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	○ **लोंडिग की डोज** :– L3 फैसिलिटी में मेडिकल आफिसर की उपस्थिति में कुल डोज 14 ग्राम– 4 ग्राम IV(20%)+ 10 ग्राम IM (50%) (प्रत्येक नितम्ब में 5 ग्राम) ○ **मंन्टेनेन्स डोजः**– 5 ग्राम IM प्रति 4 घन्टेपर 24 घन्टे के लिए या तो अन्तिम आक्षेप या प्रसव से (जो भी पहले आता है)। ○ यदि आक्षेप 2 घन्टे क भीतर होता है, तो अतिरिक्त डोज दी जानी चाहिए– 2 ग्राम IV (20%) ○ **खतराक बुखार** :– IV कैनूला लगाएं, IV फ्लूड दें (डेक्सट्रोज सेलाइन, नार्मल सेलाइन या रिंगर लैक्टेट सोल्यूसन) और सलाह के अनुसार चिकित्सा करें। ○ **भवसन सम्बन्धी कठिनाई या सायनोसिसः**– वायुमार्ग की जॉच करें, यदि वायुमार्ग में स्त्राव होतो सक ान के द्वारा उसे दूर करें और ऑक्सीजन दें। ○ **फीटल डिस्ट्रेसः**– मॉ को बॉए स्थिति में रखें, IV फ्लूड दें ऑक्सीजन दें। ○ **प्रीटर्म लेबर(34wk या उससे कम)**:– एंटीनेटल कॉर्टिकोस्टेरॉइड थेरेपी भुरू करें ,इन्जेक ान डेक्सामेथासेन 6 मिग्रा0 IMसे भुरू(और हर 12 घन्टे में, कुल 4 डोज के लिए) ○ **नाल बाहर आने की स्थिति में** :– नितम्बों को कंधों से अधिक ऊपर उठाए। नितम्ब के निचे तकिया या मुड़ी हुई भीट की मदद से, प्रेजेन्टिग पार्ट को योनि में ग्लव् पहनकर हाथ डालकर ऊपर रखा जाना चाहिए। पीएचसी में केवल तभी प्रसव पर विचार करें यदि महिला एडवान्स लेबर मे हो तो प्रसव कराने में तेजी लाएं। खंड 4.7 केअनुसार नवजात ि ा ु के पूर्नजीवन के लिए तैयार रहें।		
	लेबर रूम में रखी जाने वाली ट्र		
	1 डिलिवरी ट्रे:– दस्ताने, कैची, धमनी, फारसेप स्पंज होल्डिग संदं ा, मूत्र कैथेटर, एंटीसेप्टिक लो ान के लिए कटोरा, गॉज पीस, वैजाइनल स्पेकुलम, सैनिटरी पैड, किडनी ट्रे। **2.एपीसीओटॉमी ट्रे** Inj Xylocaine 2%, सुई के साथ 10 मिलीलीटर डिस्पोजबल सिरिंज, एपीजीओटॉमी कैची, किडनी ट्रे, धमनी संदं ा (forcep), एलिस (forcep), स्पंज धारण (forcep), दातेदार (forcep), सूई, कॉटन, स्पंज होल्डर एंटीसेप्टिक लो ान, क्रोमिक कैटगट न0.–1 विद नीडेल दस्ताने। **3.बेबी ट्रे** बच्चे को लपेटने के लिए दो पूर्व गर्म तौलिया / चॉदरे, कॉटन स्वाब,बलगम निकालने वाला यंत्र, बैग और मॉस्क, कॉर्ड के लिए निसकंमित धागा / कॉर्ड क्लैंप,नैसोगैस्ट्रिक ट्यूब और दस्ताने Inj विटामिन K, 26 गौज की सूई और सिंरिज 1 मि.ली. (बच्चे को पूर्व–गर्म तौलिया में प्राप्त किया जाना चाहिए। ि ा ु को लेने हेतु धातुई ट्रे का उपयोग न करें। **4.मेडिसिन ट्रे*** Inj ऑक्सीटोसिन (फ्रिज में रखा जाना), Cap एम्पीसिलीन 500 मिलीग्राम,		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	Tab मेट्रोनिडाजोल 400 मिलीग्राम,Tab पैरासिटामोल, Tab इबुप्रोफेन, Tab बी कॉम्प्लेक्स, IVफ्लूईड, Tab मिसोप्रोस्टोल 200 माइक्रोग्राम,Inj जेंटामाइसिन,विट K, Inj बेटमेथासोन, रिंगर लैक्टेट,नार्मल Saline,Inj Hydrazaline,Tabमेथिलोपा,नेफेडीपिंन आवर्धक कॉच(Magnifying Glass),(*Nevirapinऔर अन्य एचआईवी ड्रग्स केवल ICTC और ARTसेंटर के लिए) **5.आपातकालीन दवा ट्रे**** Inj ऑक्सीटोसिन (फ्रिज में रखा जाना), Inj मैगसल्फ 50%, Inj कैल्सियम ग्लूकोनेट–10%, Inj डेक्सामेथासोन, Inj एम्पीसिलीन, Inj जेंटामाइसिन, Inj मेट्रोनिडाजोल, Inj लिग्नोकाइन– 2%, Inj एड्रेनालाईन, Inj Hydrocortisone Succinate, Inj डायजेपाम, Inj Pheneraminemaleate, Inj कार्बोप्रोस्ट, Inj फोर्टविन, Inj फेनरगन,रिंगर लैक्टेट, नार्मल सेलाईन, बेटमेक्स्थाजोन, Inj हाइड्राजेलिन, नेफेडपिन, मेथिलडोपा, IV set के साथ 16 गौज की कम से कम दो सुई, नियंत्रित सक ान कैथेटर, माउथ गैग, आईवी कैनुला, ड्रग संग्रह के लिए भीि ायों Ceftriaxone (तीसरी पीढ़ी के सेफलोस्पोरिन)–L3 सुविधा के लिए। **(**– केवल L2,L3 सुविधाओं के लिए)** **6.एमवीए / ईवीए ट्रे** दस्ताने,स्पेकुलम,पूर्वकाल (anterior) एंटीरियर तथा पोस्टीरियर वैजाइनल वॉल रिट्रेक्अर स्पंज होल्डिंग फॉरसेप, एमवीए सिरिंज और कैनुला, एमटीपी कैनुला,एंटीसेप्टिक लो ान के छोटे कटोरे,सेनिटरी पैडा,पैड / कॉटन स्वैब, डिस्पोजेबल सिरिंज,सुई, मिसोप्रोस्टोल टैबलेट,निसंक्रमित गॉज / पैड, मूत्र कैथेटर। **7 PPIUCD ट्रे *** -** PPIUCDइन्ज ान संदं ा, Cu IUCD 380A/ /Cu IUCD 375 एक स्टराईल पैकेज में, सिम्स स्पेकुलम, रिंग संदं ा या स्पंज होल्डिंग संदं ा, कॉटन पैड , बीटाडीन सल्यू ान। (***-PPIUCD प्रि ाक्षित प्रदाता के साथ केवल L3सुविधाओं के लिए)		
	इंट्रा पार्टम केयर के लिए एस.ओ.पी.		
4.4	**लेबर की अवस्था (STAGE) की पहचान** • प्रथम अवस्था (अव्यक्त चरण) ग्रीवा फैलावः– 0–3 सेमी., कमजोर और अनियमितसंकुचन • 1st stage (प्रथम अवस्था / चरण)(सक्रिय अवस्था):–ग्रर्भा ाय ग्रीवा फैलाव 4 सेमी. या उससे अधिक, मजबूत और लगातार संकुचन • 2nd stage (दूसरी अवस्था / चरण):– गर्भा ाय ग्रीवा बच्चे के प्रसव तक पूरी तरह से फैला हुआ है • 3rdstage (तीसरी अवस्था / चरण):– बच्चे के प्रसव के बाद जब तक प्लेसेंटा की डिलीवरी नहीं हो जाती।	स्टाफ नर्स	
4.5	**लेबर के समय**		

4.5.1	**1st stage (प्रथम अवस्था / चरण)**
	• हर घन्टे पर मोनिटरिंग करना
	  ○ बी.पी.,तापमान, पल्स
	  ○ गर्भा ाय संकुचन और फीटल हार्ट रेट (FHR)
	• हर 4 घन्टे पर PV परीक्षण		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	○ गर्भा ाय ग्रीवा का फैलाव,इफेस्मेंट(ग्रीवा मुख का मुलायम व पतला होना), झिल्ली (मेम्ब्रेन) की स्थिति, हेड की स्थिति, यदि झिल्ली फट गयी है तो पानी का रंग ○ आव यक होने पर ही बार–बार वैजाइनल परीक्षण करें, अन्यथा हर 4 घण्टे पर परीक्षण करें • Section 4.3.2 में बताईगई कोई भी जटिलता मिलती है तो मेडिकल ऑफिसर को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाते है। • यदि मजबूत और बार–बार ग्रभा ाय संकुचन के बाद भी 8 घण्टे तक गर्भा ाय ग्रीवा के फैलाव में कोई प्रगति नही होती है तो मर्भवती महिला को उपयुक्त उच्च फैसिलिटी पर रेफर कर दिया जाता है। • यदि 8 घण्टे के प चात गर्भा ाय संकुचन भाांत हो जाता है और गर्भा ाय ग्रीवा के फैलाव में कोई प्रगति नही होती है– तो यह सम्भवता फाल्स लेबर है और महिला को डिस्चार्ज कर दिया जाता है। उसे यह सलाह दी जाती है किवह फीटल मूवमेंट की गिनती करें(12 घण्टें में 10 मुवमेंट) और यदि लेबर दर्द दुबारा भुरू हो जाय या वैजाइना से ब्लड या पानी निकलने लगे तो तुरन्त अस्पताल वापस आ जायें।		
4. 5.2	**1st stage (प्रथम अवस्था / चरण)** **(महिला को अकले न छोड़ा जाय)** निम्नलिखित संकेतों पर हर 30 मिनट में नजर रखी जाती है:– ○ संकुचनकी आवृत्ति ○ FHR (भ्रूण की हृदय की गति) ○ यदि झिल्ली फट गयी है तो पानी के रंग को नोट किया जाता है ○ Section 4.3.2 में वर्णित किसी भी जटिलता के लिए मॉ के निगरानी हर 4 घन्टे में की जाती है:– ○ पल्स,बी0पी. ○ PV परीक्षण किया जाता है और निम्नलिखित अवलोकन किया जाता है, 1. गर्भा ाय ग्रीवा का फैलाव,इफेस्मेंट(ग्रीवा मुख का मुलायम व पतला होना),झिल्ली की स्थिति, यदि झिल्ली फट गयी है तो पानी का रंग 2. प्रिजेंटिंग पार्ट का नीचे आना पार्टोग्राफ प्लाट किया जाता है– जब महिला एक्टिव लेबर तक पहुंचती है। निम्नलिखित बिंदु नोट किए जाते है: • **भ्रूण की स्थिति** भ्रूण के धड़कन हर आधे घंटे में गिना जाता है। पूरे एक मिनट के लिए FHR की गणना करें। गर्भा ाय के संकुचन के तुरंत बाद FHR की गणना की जाती है। यदि FHR>160/ मिनट या <120/ मिनट है, तो यह फीटल डिस्ट्रेस को इंगित करता है। इसका प्रबधंन section 1.3.2 में उल्लिखित तरीके से किया जाता है। किसी भी प्रकार के leaking PV के लिए हर 30 मिनट में महिला की निगरानी की जाती है। यदि leaking मौजूद है, तो वल्वा पर एमनियोटिक फ्लूइड का जैसा रंग दिखाई देता है, उसे नोट किया जाता है। इस प्रकार नोट करते है–		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

- स्पश्ट (mark.C.)
- मिकोनियम युक्त (mark.M.)
- कोई स्राव नहीं (mark.A.)

- **लेबर** – महिला के एक्टिव लेबर में होने पर पार्टोग्राफ पर प्लॉटिग की जाती है।
  - एक्टिव लेबर तब होता है जब सर्वाइकल फैलाव 4 सेमी या उससे अधिक, के साथ कम से कम 3 अच्छे गर्भा ाय संकुचन (प्रत्येक संकुचन 30–40 सेकंड से अधिक समय तक चलने वाला) प्रति 10 मिनट पर।
  - ग्रीवा फैलाव भाुरूआत और फिर हर 4 घंटे पर सेमी में दर्ज किया गया है।
  - हर आधे घंटे पर 10 मिनट में अच्छे संकुचन (30–40 सेंकड से अधिक समय तक चलने वाले) दर्ज किए जाते हैं, और उपयुक्त बॉक्स को काला कर दिया जाता हैं।
  - आरंभिक रिकॉर्डिग को अलर्ट लाइन के बाई ओर रखा जाता है और सामान्यतः लाइन को अलर्ट लाइन के बाई ओर ही बने रहना चाहिए। समय के पंक्ति में तदनुसार समय लिखें।
- यदि अलर्ट लाइन पार हो गई है (ग्राफ अलर्ट लाइन के दाई ओर चलता है) तो यह लम्बे समय तक लेबर (प्रोलोंग्ड लेबर) को इंगित करता है। जब अलर्ट लाइन पार की जाती है, तो समय नोट किया जाता है। चिकित्सा अधिकारी को पुनः निरीक्षण / निगरानी करने के लिए कहा जाता है।
- महिला को मूत्रत्याग के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। महिला का 2 घण्टे के पुनर्मुल्यांकन किया जाता है यदि कोई प्रगति नही है तो प्रसूति वि ोशज्ञ को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है।
- एक ान लाइन के पार हो जाने पर (ग्राफ एक ान लाइन के दाई ओर चला जाता है), तो प्रसूति वि ोशज्ञ को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है।
- **हस्तक्षेप (INTERVENTION)**
  लेबर के समय महिला को दी जाने वाली दवा के साथ उसका समय, डोज और देने के मार्ग (ROUTE) का रिकॉर्ड रखा जाता है।
- **मातृ स्थितिः**– माता के पल्स और बी0पी0 को हर आधे घण्टे में दर्ज किया जाता है और पार्टोग्राफ पर प्लॉट किया जाता है। दोनों सिस्टोलिंक और डायस्टोलिक बी0पी0 एक उर्ध्वाधर तीर (Vertical arrow) का उपयोग करते हुए दर्ज किया जाता है।

4.5.3 **2nd stage (दूसरी अवस्था / चरण) शिशु जन्म**

जॉच– परिणाम नियमित रूप से लेबर रिकार्ड एवं पार्टोग्राफ में दर्ज किये जाते है।

निम्नलिखित संकतों पर हर 5 मिनट में नजर रखी जाती हैः

- संकुचन की आवृत्ति और तीव्रता
- FHR
- पेरिनियल थिनिंग और उभार
- संकुचन के दौरान भ्रूण के सिर का नीचे आना

- Section 4.3.2 में वर्णित कोई जटिलताएं

ि ा ु जन्म

- यह सुनि चत किया जाता है कि नवजात ि ा ु देखभाल कक्ष तैयार है और नवजात पुर्नजीवन के लिए उपकरण तैयार हैं।
- यह सुनि चत किया जाता है कि मूत्रा ाय खाली है।
- संकुचन के दौरान यदि महिला के अन्दर इच्छा होती है तो उसे नीचे की ओर जोर लगाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है और बीच में आराम करने के लिए कहा जाता है।
- जब तक सिर पेरिनेम (perineum) में नहीं उतरता है , तब तक नीचे की ओर जोर लगाने के आव यकता नहीं होती है। इस प्रकार किसी भी सक्रिय जोर की अनुमति नही है।
- निम्नलिखित सावधानीयों को ध्यान में रखते हुए सिर की नियत्रित डिलीवरी सुनि चत की जाती है।
- प्रसव के दौरान पेरिनेम (perineum) को बॉये हाथ से सहारा दिया जाता है और गुदा को बांए हाथ की तरफ से स्थिति में रखे पैड से ढक दिया जाता है और सिर को हल्के मुड़े हुए बनाये रखने के लिए दाहिने हाथ का उपयोग किया जाता है।
- एक बार जब सिर का प्रसव हो जाता है तो कंधे और बाकी बचे हुए भाग प्रसव में सहयोग प्रदान किया जाता है।
  सहज रोट ान और कंधों की डिलीवरी का इंतजार किया जाता है।
- उपरी कंधे (ANTERIOR) का प्रसव कराने के लिए नीचे की ओर हल्का दबाव डाला जाता है।
- निचले (POSTERIOR) कंधे का प्रसव कराने क लिए बच्चे को मॉ के पेट की तरफ उठाया जाता है।
- ि ा ु को मॉ के पेट पर त्वचा से त्वचा के सम्पर्क में रखा जाता है।(नाल काटने के पहले भी)
- जन्म का समय नोट किया जाता है।
- बच्चा को तुरन्त सुखाया जाता है। वर्निक्स की सफाई नहीं की जाती है।
- बच्चे सुखाते समय भवास का आकलन किया जाता है–
  - यदि बच्चा अच्छी तरह से सांस ले रहा है, तो कोई और कार्यवाही नहीं की जाती है। कार्ड की क्लैम्पिग में देरी की जाती है।
  - यदि बच्चा सांसनही लें रहा है,या वह हांफ (gasping) रहा है। कॉर्ड को क्लैंप करे, और कॉटे और पुनर्जीवन (resuscitation) के लिए बच्चे को रेडिएंट वार्मर में ि ाफ्ट करें। (section-1.7)
- बच्चे की डिलीवरी के 1 मिनट के भीतर मॉ को 10 IU ऑक्सीटोसिन IM दिया जाता है।
  - यदिरक्तत्राव अधिक हो तो 10 मिनट में 10 IU ऑक्सीटोसिन IM दुबारा दिया जाता है।
- त्वचा–त्वचा के सम्पर्क के लिए ि ा ु को मॉ के पेट पर रखा जाता है।
- **कॉर्ड को क्लैंप करना और काटना**–
  - यदि बच्चा रो रहा है: कॉर्ड को क्लैम्प करने में देरी की जाती है और 1–3 मिनट के भीतर कॉर्ड को बॉधा और

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	काटा जाता है। ○ बच्चे के पेट से 2सेंमी. और 5 सेंमी. की दूरी पर क्लैम्प लगाये जाते है। ○ कॉर्ड STERILE कैंची से दोनों क्लैम्प के बीच काटा जाता है। ○ स्टंप से निकलने वाले खून ऑकलन किया जाता है। यदि रिसाव होता है, बच्चे की त्वचा और पहली गॉठ (क्लैम्प) के बीच एक दूसरी गॉठ (क्लैम्प) लगायी जाती है। • स्तनपान भुरू कराने को प्रोत्साहित किया जाता है और जन्म के तुरन्त बाद या 1 घण्टे के भीतर सुनि ित किया जाता है। **सावधानियां / आपातकालीन संकेतः–** ○ यदि महिला को टाइट पेरिनेम है,जो प्रसव में बाधा उत्पन्न कर सकती है, तो एपिजीयोटॉमी (episiotomy) दी जाती है, और सिर की डिलीवरी कोसावधानी से नियंत्रित किया जाता है। बिना इंडिके ान के रूटीन एपिजीयोटॉमी (episiotomy) नहीं की जाती है। ○ Stuck shoulder (shoulder dystocia) (ोल्डर डिस्टोसिया)– मेडिकल ऑफिसर / ऑब्स्टेट्रिसियन (जो आसानी से उपलब्ध है) को मदद के लिए बुलाया जाता है। लिबरल एपिजीयोटॉमी (episiotomy) की जाती है। सहायक को सुप्रा–प्यूबिक दबाब देने के लिए कहा जाता है और जो व्यक्ति प्रसव करवाता है, वह भ्रूण के सिर पर हल्का नीचे की ओर खिचाव करता है। असफल होने पर, रोगी को तत्काल उच्च फेसिलिटी पर भेज दिया जाता है।		
4. 5.4	**तीसरा चरण– नाल (PLACENTA) का प्रसव** • अपरा पृथक्करण केसंकेत देखे जाते हैं और प्लेसेंटा को नियत्रित कॉर्ड कर्शण द्वारा डिलीवरी किया जाता है। ○ **प्लेसेन्टीकल सेपरे ान के संकेतः**– गर्भनाल का लम्बा होना, ताजे खून का बहाव होना, सुप्रा–प्यूबिक उभार और येानि में पड़ा हुआ प्लेसेंटा । ○ **नाल का प्रसवः**–बांया हाथ प्यूबिक सिम्फाइसिस के ऊपर रखा जाता है और गर्भा ाय के कोश को ऊपर ढकेल दिया जाता है। प्लेसेंटा को बाहर खीचने के लिए दाहिने हाथ का उपयोग कॉर्ड पर नियंत्रित डाउनवर्ड ट्रैक ान को लगाने के लिए किया जाता है, । ○ यदि प्लेसेंटा नीचे नही आता है, तो गर्भनाल और कॉउन्टर ट्रैक ान दोनों पेट पर छोड़ दिये जाते है, जब तक कि गर्भा ाय फिर से सिकुड़ नहीं जाता और फिर उपरोक्त चरण दोहराया जाता है। • **नाल के प्रसव के बादः**–यह जॉच कि जाती है कि क्या गर्भा ाय अच्छी तरह से सिकुड़ा हुआ है और कोई भारी रक्तत्राव तो नही है। पहले घन्टे में हर 15 मिनट में परिक्षण दोहराया जाता है– ○ यदि गर्भा ाय ि ाथिल हो जाता है और भारी रक्तत्राव होता है, तो गर्भा ाय की मालि ा की जाती है, और 10 IU ऑक्सीटोसिन IM STAT दिया जाता है। 10 IU ऑक्सीटोसिन ड्रिप के माध्यम से (500 CC रिंगर लैक्टेट		

	में) प्रति मिनट 60 बून्द से भुरू किया जाता है। मूत्रा ाय को खाली किया जाता है। ○ यदि रक्तत्राव जारी रहता है और गर्भा ाय नरम होता है, तो गर्भा ाय की निरन्तर मालि ा की जाती है और बाई मेनूअल कम्प्रे ान (द्विभाशी संपीडन) लागू किया जाता है। ○ यदि रक्तत्राव नियंत्रित हो जाता है,तो 10 IU ऑक्सीटोसिन वाले फ्लुइड को 30 बून्द प्रति मिनट पर जारी रखा जाता है। ○ पेरिनेम,गर्भा ाय ग्रीवा और योनि के फटने की जॉच करें,जरूरत पड़ने पर मरम्मत करें। ○ पूरे तीसरे चरण में और उसके तुरन्त बाद रक्त की कमी का अनुमान लगाया जाता है और दर्ज किया जाता है। ○ यदि रक्त का नुकसान 500 मिलीलीटर के बराबर या उससे अधिक है तो PPH का प्रबन्धन मानक दि ाा निर्दे ाो के अनुसार किया जाता है। 4 घन्टे के लिए गहन निगरानी (प्रत्येक 30 मिनट) की जाती है, जिसमे 1. बी0 पी0,पल्स 2. भवसन दर 3. गर्भा ाय संकुचन, यह सुनि ित करने के लिए कि यह अच्छी तरह से सिकुड़ा हुआ है। 4. योनि से रक्त आना • महिला के ठीक होने के बाद उसको पहली बार चलने में सहायता की जाती है। • प्लेसेंटा की डिलीवरी के बाद मॉ और बच्चे को कम से कम एक घन्टें के लिए प्रसव कक्ष में रखा जाता है। • अपरा को जैव चिकित्सा अपि ाष्ट प्रबन्धन नियम,2016 के अनुसार निपटाया जाता है। **प्रसूति चिकित्सक को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है, यदि** • प्रसव के 1 घन्टे बाद प्लेसेंटा निकालने में असमर्थ हैं या यदि रक्त का नुकसान 350 मिली0 से अधिक है और रक्तत्राव अभी भी जारी है (5 मिनट में 3 से अधिक पैड भीग जाते है) गर्भा ाय की तब तक मालि ा की जाती है जब तक वह कड़ा नही हो जाता, ड्रिप द्वारा ऑक्सीटोसिन–40–60 बून्द / मिनट जारी रखा जाता है और हर 15 मिनट में पल्स और बी0 पी0 की जॉच की जाती है। **यदि बच्चा STILL BIRTH है तो** • सहायक देखभाल दी जाती है। • माता– पिता को जल्द से जल्द सुचित किया जाता है। • मौत के संम्भावित कारणों पर मॉ और उसके परिवार के साथ चर्चा की जाती है। • बॉडी को रि तेदारों को सौप दिया जाता है। • मृत्यु रजिस्टर में रिकार्ड रखा जाता हैं।		

4.6	**प्रसव के बाद मॉ और नवजात िशु की देखभाल** • रोगी के लेबर रिकार्ड में जॉच परिणाम, उपचार और प्रक्रियाएं दर्ज की जाती है। • मॉ और बच्चें को प्रसव कक्ष में निगरानी में रखा जाता है। उन्हे अलग–अलग नही रखा जाता है। • मॉ और नवजात को अकेला नही छोड़ा जाता है। • पहले घन्टे के भीतर स्तनपान सुनि चित किया जाता है।		
4. 6.1	**मॉ की देखभाल** • VITAL ,मूत्र आउटपुट, योनि से रक्तत्राव और गर्भा ाय टोन देखे। • मूल्यॉकन अगले 2 घन्टों के लिए हर 30 मिनट में किया जाता है, फिर 48 घन्टें तक हर 6 घन्टें में । • महिला को मूत्र करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। • अत्यधिक रक्तत्राव के मामले में PPH का प्रबन्धन मानक दि ाा निर्दे ाों के अनुसार किया जाता है। • मॉ को खाने–पीने और आराम करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। • जन्म सहायक को मॉ और नवजात ि ा ु के साथ रहने के लिए कहा जाता है। मॉ और नवजात को अकेला नहीं छोड़ना है। सहायक को स्टाफ नर्स को कॉल करने का निर्दे ा दिया जाता हैं, यदि मॉ को निम्नलिखित खतरे के संकेत मिलते हैः– o चक्कर आने लगता है। o गंम्भीर सिर दर्द,दृ य गड़वड़ी o पेट में दर्द o पेरिनेम में बढ़ा हुआ दर्द o अत्यधिक रक्तत्राव यदि स्टाफ नर्स प्रबन्धन करने में असमर्थ है, तो MO को आगे के प्रबन्धन के लिए कहा जाता है।		
4. 6.2	**नवजात िशु को देखभालः** • ि ा ु को सुखाया जाता है, नहलाया नहीं जाता। • मॉ और बच्चे को त्वचा से त्वचा के सम्पर्क के लिए एक साथ रहने की अनुमति है। दोनों एक कंबल से ढके जाते हैं। • स्तनपान जारी रखने के लिए मॉ को प्रोत्साहित और सहयोग किया जाता है। नवजात ि ा ु को अपनी मॉ के दूध के अलावा कुछ नहीं दिया जाता है। • नवजात ि ा ु का वजन मापा जाता है। • यदि जन्म का भार <1800g है तो बच्चे को तुरन्त SNCU /उच्च फैसिलिटी पर भेजा जाता है। • **बच्चे का मूल्यॉकन 2 घन्टे तक हर 30 मिनट में किया जाता हैः** • **आपातकालीन संकेत (मॉ और/या सहायक को भी समझाया जाना चाहिए) जैसेः** 1. सुस्ती या साइनोसिस 2. पीलापन 3. सांस लेने में कठिनाई 4. घुरघुराना		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	5. तेज भवास (>60/ Min) 6. चेस्ट इन ड्राइंग 7. झटके आना 8. भारीर का तापमान 9. गर्भनाल से रक्तत्राव • स्तनपान का आकलन किया जाता है। • यह देखने के लिए की क्या बच्चा प्रभावी ढंग से संलग्न करने में सक्षम है और सही स्थिति में है। • यह जांचने के लिए की क्या बच्चा प्रभावी रूप से चूस रहा है किसी भी जटिलता के मामले में बाल रोंग वि ोशज्ञ/प्रसूति वि ोशज्ञ को बुलाया जाता है। यदि उपचार फैसिलिटी में संभव नही है तो बच्चे को तुरन्त उच्च फैसिलिटी के लिए सन्दर्भित किया जाता है।		
	नवजात पुनर्जीवन (Neonatal Resuscitation) यदि ि ा ु सांस नही ले रहा है या हॉफ रहा है तो पुनर्जीवन तुरन्त भुरू किया जाता है पुनरूत्थान के 10 मिनट बाद जीवन का कोई संकेत नही होने पर नवजात पुनर्जीवन बन्द कर दिया जाता है। पुनर्जीवन को बन्द करने से पहले माता–पिता के साथ नवजात ि ा ु क निदान पर चर्चा की जाती है। बाल रोग वि ोशज्ञ और SNCU प्रभारी को आगे के प्रबन्धन के लिए सूचित किया जाता है। • बच्चे को गर्म रखा जाता है। • नाल को क्लैम्प किया जाता है और कॉटा जाता है। • बच्चे को एक सूखी, साफ और गर्म सतह जैसे रेडिएंट वार्मर नीचे स्थानान्तरित किया जाता है। • सिर को थोड़े विस्तार की स्थिति में रखा जाता है, और सिर को ऊपर की तरफ घुमाया जाता है। • वायुमार्ग खोला जाता है। • पहले मुख का सक ान किया जाता है और फिर यदि आव यकता हो तो नाक का सक ान किया जाता है। • सक ान ट्यूब को नवजात ि ा ु के मुंह में होठों से 5 सेमीं की दूरी तक डाला जाता है और निकालते समय सक ान करते है। • सक ान ट्युब प्रत्येक नथुने में 3 सेमीं. तक डाला जाता है और जब तक कोई बलगम नहीं निकलता तब तक सक ान करें। • यदि आव यक होतो प्रत्येक सक ान दोहराया जाता है • टैक्टाइल उत्तेजना दी जाती है। • रिपोजि ान • यदि अभी भी बिलकुल नहीं/अनियमित भवास है और HR>100/ मिनट तो वेंटिले ान भुरू करते है। • मास्क ठोड़ी, मुंह और नाक ढंकने के लिए रखा जाता है और सील करें। • अम्बु बैग को दबाया जाता है और छाती के उठने का निरीक्षण किया जाता है।		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	• यदि 30 भवास प्रति मिनट से अधिक के साथ भवास लेना या रोना है और कोई गंभीर चेस्ट INDRAWING नहीं है, तो वेटिंले ान करना बन्द कर दिया जाता है। • 30 सेकण्ड के बाद मूल्यॉकन करें, अगर HR बढ़ता है तो PPV जारी रखते है। यदि HR<60 प्रति मिनट है , तो एक सांस प्रति मिनट में 3 चेस्ट कम्प्रे ान के अनपात में भुरू करें। • जब HR 60 मिनट से अधिक हो जाता है और भवास स्थिर हो जाता है तो बन्द करें। • PPV के बावजूद यदि स्थिति बिगड़ी है तो,पुनर्जीवन क लिए चिकित्सा वि ोशज्ञ से अतिरिक्त मदद के लिए कॉल करें। (Ref to Annuexure on NNR) • बच्चे को रेडिएंट वार्मर में निगरानी में रखा जाता है। जब बच्चे की स्थिति सामान्य हो जाती है (HR>100 bpm और अच्छी तरह से सांस लेना) तो मॉ की छाती के साथ त्वचा–त्वचा के सम्पर्क में रखा जाता है। • सांस लेने और गर्म हाने के लिए हर 15 मिनट में बच्चे की निगरानी की जाती है। • यदि भवास लेना 30 भवास प्रति मिनट से कम है या गंभीर चेस्ट INDRAWING है, तो वेंटिले ान जारी रखते है। • जिला अस्पताल में तत्काल रेफर की व्यवस्था की जाती है। **वेटिंले ान के 20 मिनट के बाद अगर कोई सांस नहीं ले रहा है–** o वेंटिले ान रोक दिया जाता है।बच्चे को मृत घोशित कर दिया जाात है। o मॉ को समझाया जाता है और सहायक देखभाल दी जाती है। o घटना दर्ज की जाती है।		
4. 2.1	**हाई रिस्क प्रेग्नेंसी का प्रबन्धन**		
	हाई रिस्क प्रेग्नेंसी केसवे मरीज होते हैं जिन्हे प्रेग्नेंसी से जुड़ी समस्याएं होती है– 1. ग्रैड मल्टीपैरा 2. पूर्व के प्रसव में तीसरे चरण में असामान्यताऐं / समस्याएं। 3. सभी प्रमुख चिकित्सा विकार। 4. दो से अधिक भ्रूण गर्भ में होना 5. सभी मालप्रेजेंटे ान 6. BOH 7. CPD 8. APH 9. पिछला LSCS 10. PIH/ एक्लम्पसिया, जेस्टे ानल डायबिटीज 11. बर बार समय से पहले प्रसव 12. Rh पॉजिटीव पति के साथ Rh निगेटिव महिलाएं। 13. स्त्रीरोंग सम्बन्धी असामान्यता। 14. 35 वर्श से अधिक आयु में प्रथम गर्भधारण 15. बॉझपन का इतिहास। 16. स्थूल मोटापा। 17. ओलिगो / पॉलीहाइड्रमनिओस। 18. गर्भधारण, <18 साल />35 साल विभिन्न समस्यों के कारण, दोनों को देखभाल, चिकित्सा या सामाजिक सहयोग की आव यकता		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	होती है। **उच्च जोखम वाले गर्भावस्था में लेंबर के पहले चरण का प्रबन्धन–** • रोगी को स्थिति के बारे में सूचित किया जाता है, पराम र्ा दिया जाता है और रोगी की सहायता नर्स प्रभारी और चिकित्सा अधिकारी द्वारा ली जाती है। • स्टाफ नर्स द्वारा एक पार्टोग्राफ अंकित किया जाता है। • गर्भा य के संकुचन, भ्रूण के हृदय की दर, आपातकालीन संकेत, गर्भा य ग्रीवा फैलाव, बीपी, तापमान और पल्स की निगरानी और चार्टिंग पिरिओडिक आधार पर किया जाता है जो निम्न / उच्च जोखिम वाले गर्भावस्था के आधार परहोता है और प्रगति को पार्टोग्राफ में रिकार्ड किया जाता है। • लम्बे समय तक अव्यक्त चरण के कारण लेबर की असंतोशजनक प्रगति की किसी भी स्थिति में ,लेबर की गैर प्रगति, लम्बे समय तक सकिय चरण,फीटल डिस्ट्रेस, सिफेलोपेल्विक विशमता,रूकावट, मालप्रेजेंटसन,मालपोजि ान,लम्बे समय तक निश्कासित(एक्सपल्सिव)चरण,प्रसूति वि ोशज्ञ को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है। • रोगी के सावधानीपूर्वक मूल्यॉकन करने के बाद लेबर का आगमन या वृध्दि (AUGMENTATION), वैक्यूम निश्कर्शण,फोरसेप डिलीवरी, कैनियोटॉमी या सी–सेक्सन विकल्प के बारे में निर्णय लिया जाता है और मानक Emoc दि ानिर्दे ों के अनुसार प्रकिया की जाती है। • बाल रोग वि ोशज्ञ और एनेस्थेटिस्ट को अनुमानित सर्जरी और नवजात जटिलताओं के बारे में सतर्क किया जाता है। • ओटी प्रभारी को ऑपरे ान थियेटर की तैयारीयों के लिए भी सतर्क किया जाता है, यदि सर्जरी की आव यकता होती है।		
4. 2.2	**उच्च जोखिम गर्भावस्था में लेबर के दूसरे चरण का प्रबन्धनः–** • गर्भावस्था के संकुचन, FHR, पेरिनियल थिनिंग और फुलाव,संकुचन के दौरान भ्रूण के सिर के नीचे की ओर आता दिखाई देना और किसी भी आपात स्थिति के संकेत की उपस्थिति कम या उच्च जोखिम गर्भावस्था के आधार पर पिरिओडिक आधार पर निगरानी की जाती है। • बाल रोग वि ोशज्ञ (ON CALL) को पहले से ही आसन्न प्रसव के बारे में सूचित कर दिया जाता है और जैसे ही रोगी लेबर के दूसरे चरण में आता है उसे लेबर रूम / ऑपरे ान थियेटर में स्थानान्तरित किया जाता है (सभी प्रसव में बाल रोग वि ोशज्ञ ON CALL द्वारा भाग लिया जाता है।) • यदि आव यक हो तो एपीजीयोटामी की जाती है। • भोल्डर डिस्टोसिया के मामले में,प्रसूति वि ोशज्ञ को आगे के प्रबन्धन के लिए बुलाया जाता है। • बच्चे के डिलीवरी और प्रसव का समय नोट किया जाता है। कॉर्ड को प्रसव के 2–3 मिनट के बाद बॉधा जाता है और एक STERILE ब्लेड से कॉटा जाता है। तत्काल नवजात की देखभाल की जाती है। यदि नवजात ि ा ु 30 सेकेंड में रोता है तो नवजात पुनर्जीवन भाुरू होता है।		

4. 2.3	**उच्च जोखिम वाले गर्भावस्था में लेंबर के तीसरे चरण का प्रबन्धनः** • इन्जेक ान ऑक्सीटोसिन या मिसोप्रोस्टोल दिया जाता है। • प्लेसेंटा के निश्कासन की सहायता के लिए नियत्रित कॉर्ड कर्शण किया जाता है। • PPH को रोकने के लिए गर्भा ाय का मसाज किया जाता है। • यदि retained प्लेसेंटा या PPH हो तो इसका मानक प्रोटोकाल के अनुसार प्रबन्धन किया जाता है। • तीन घन्टें तक समय समय पर बीपी,पल्स,योनि से रक्तत्राव की निगरानी की जाती है। • यदि प्रसव किया गया बच्चा मृत है,तो भारीर को रि तेदारों को सौंप दिया जाता है और मृत्यु रजिस्टर में स्टिल बर्थ का रिकॉर्ड बनाया जाता है।	चिकित्सा अधिकारी / स्त्री रेग वि ोशज्ञ। नर्स प्रभरी	लेबर रजिस्टर,जन्म रजिस्टर, मृत्यु रजिस्टर। पीपीएच के लिए गर्भावस्था के 3 चरण के सकिय प्रबन्धन के लिए WI
4. 2.4	**तत्काल प्रसवोत्तर देखभाल–** • गर्भा ाय के सकुचंन, रक्तत्राव और योनि / पेरिनियम के फटने का मूल्यॉकन किया जाता है। • सेनेटरी पैड को रक्त इक्ट्ठा करने के लिए नितम्ब के नीचे रखा जाता है। रक्त के नुकसान का आकलन रक्त को सोखने वाले पैड की निगरानी के द्वारा किय जाता है। • आवधिक अंतराल पर VITAL की निगरानी की जाती है। • मॉ और नवजात को एक साथ रखा जाता है। स्तनपान कराने को प्रोत्साहित किया जाता है। • जन्म सहायक को मॉ के साथ रहने के लिए कहा जाता है। उसे किसी भी खतरे के संकेत के मामले में मदद के लिए बुलाने का निर्दे ा दिया जाता है। • नवजात ि ा ु का वजन मापा जाता है। • मॉ और नवजात ि ा ु की जानकारी लेबर रजिस्टर में दर्ज की जाती है नवजात और मॉ को पहचान टैंग दिया जाता है।	MO / प्रसूति / स्टाफ नर्स / लेबर रूम साथी / MAMATA	गर्भावस्था की देखभाल के लिए दि ाा–निर्दे ा और प्रसूति जटिलताओं के प्रबन्धन के लिए एमओ। लेबर रूम रजिस्टर
4. 2.5	**नवजात की देखभाल** नवजात की देखभाल की जाती है, जिसमें भारीर के तापमान को बनाए रखना, वायुमार्ग और भवास को बनाये रखना, नवजात के स्तनपान नाल ऑखें की देखभाल भाामिल है।	स्टाफ नर्स	तत्काल नवजात ि ा ु के लिए WI ,हाइपोथर्मिया को रोकने के लिए देखभाल WI
4.3	**सी–सेक्ान सर्जरी** प्रसूति रोग वि ोशज्ञ या EmOc में प्र िक्षित चिकित्सा अधिकारी की 24X7 उपलब्धता सुनि चत है। प्रकिया के लिए प्रसूति–चिकित्सक की अनुपलब्धता होने पर तुरन्त अस्पताल अधीक्षक / अस्पताल प्रबन्धक को सूचित किया जाता है ताकि वैकल्पिक व्यवस्था की जा सकें।	प्रसूति / अस्पताल अधीक्षक / अस्पताल प्रबन्धक	
4.	**महिलाओं का सर्जिकल प्रक्रिया के लिए तैयार करना–**	ओटी प्रभारी / प्रसूति / ओटी	ओटी प्रबंधन के

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

3.2	• किये जाने वाली प्रक्रिया और इसका उद्दे य महिला को समझाया गया है। यदि महिला बेहो ा है, तो प्रक्रिया और इसका उद्दे य को उसके परिवार को समझाया जाता है। • प्रक्रिया के लिए सूचित सहमति महिलाओं / रि तेदारों से प्राप्त की जाती है। • किसी भी संभावित एलर्जी के लिए महिला के चिकित्सकीय इतिहास की समीक्षा और जॉच की जाती है। • रक्त का नमूना हीमोग्लोबिन या हेमटोक्रिट,टाइप और स्क्रीन के लिए भेजा जाता है। यदि ट्रांसफ्यूजन की संभावना है, तो रक्त का आदे ा दिया जाता है। • यदि आव यक हो तो प्रस्तावित चीरा स्थल के आसपास के क्षेत्र को साबुन और पानी से धोया जाता है। • महिला के जघन के बाल नहीं काटे जाते हैं क्योंकि इससे घाव के संक्रमण का खतरा बढ़ जाता है। यदि आव यक हो तो बाल छंटनी की जा सकती हैं। • महत्वपूर्ण संकेतों की निगरानी और रिकॉर्ड किया जाता है। (रक्तचाप, नाड़ी, वसन,दर और तापमान)। • बेहो ी के लिए उपयुक्त Premedication दिया जाता है। • एस्पिरे ान होने पर पेट के एसिड को कम करने के लिए एंट एसिड दिया जाता हैं। • यदि आव यक हो तो कैथिटर लगाया जाता है यूरिन आउटपूट को मॉनिटर किया जाता है। • टीम के अन्य सदस्यों (डॉक्टर / दाई,नर्स,एनेस्थेटिस्ट,सहायक और अन्य) को प्रासंगिक जानकारी दी जाती है।	नर्स / एनेस्थेटिस्ट	लिए एसओपी
4. 3.3	**नवजात मृत्यु और स्टिल बर्थ के बीच अंतर करने का मानदडं** गर्भधारण के एक उत्पाद की अपनी मॉ से गर्भधारण की अवधि के बावजूद पूरी तरह से निश्कासन या निश्कर्ण,चाहे वह गर्भावस्था के बाद हो, जो इस तरह के अलगाव के बाद सांस लेता है या जीवन के किसी अन्य सबूत को द ार्शाता है,जैसे कि दिल की धड़कन,धड़कन का गर्भनाल, या स्वैच्छिक मांसपे ियों की नि चित गति,चाहे गर्भनाल काटी गई हो या नहीं, नाल जुड़ी हुई है, ऐसे जन्म के प्रत्येक उत्पाद को जीवित माना जाता है। **स्टिलबर्थर** अंतगर्भा ायी मृत्यु या भ्रूण की मृत्यु गर्भधारण के उत्पाद की अपनी मॉ से पुर्ण निश्कासन या निश्कर्शण के पहले की मृत्यु है, गर्भावस्था की अवधि केबावजूद मृत्यु को इस तथ्य से संकेत मिलता है कि इस तरह के अलगाव के बाद भ्रूण सांस नहीं लेता है या जीवन के किसी अन्य सबूत को नही दिखाता है, जैसे कि दिल की धड़कन, गर्भनाल की धड़कन या स्वैच्छिक मांसपे ियों की नि चित गति। • **पेरिनेटल काल** की अवधि 22 पूर्ण सप्ताह (154 दिन) के भारू होती है और जन्म के 7 दिन बाद पूरी होती है। • **नवजात अवधि** (नियो नेटल अवधि) जन्म के साथ भारू होती है और जन्म के 28 दिन बाद समाप्त होती है। नवजात मृत्यु को प्रारम्भिक नवजात मृत्यु और देर से नवजात मृत्यु में विभाजित किया जा सकता है, **प्रारम्भिक नवजात मृत्यु** जीवन के पहले सात दिनों (0–6 दिन) के दौरान,और **देर से नवजात मृत्यु,** सॉतवे दिन के बाद लेकिन जीवन के 28वें दिन (7–27 दिन) से पहले होती है।		

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

- भ्रूण गतिविधि की संवेदनाओं में कमी या ठहराव भ्रूण संकट या मृत्यु का संकेत हो सकता है, हालाकि स्वस्थ भ्रूण के लिए इस तरह के बदलावों को प्रदर्शित करना पूरी तरह से असामान्य नहीं है, विशेष रूप से गर्भावस्था के अन्त में जब बहुत कम जगह होती है वनस्पित गर्भावस्था के भ्रुरू में भ्रूण के गतिविधि के लिए जब जगह ज्यादा होती है।
- फिर भी एक गैर तनाव परीक्षण(नॉन स्ट्रेस टेस्ट) सहित चिकित्सा परीक्षण,भ्रूण आन्दोलन की ताकत या आवृत्ति में किसी भी प्रकार के परिवर्तन की स्थिति में सिफारिस की जाती है।विशेष रूप से एक पूर्ण विराम होने पर अधिकांश दाईयों और प्रसूति विशेशज्ञों ने किसी भी परिवर्तन का पता लगाने में सहायता के लिए किक चार्ट के उपयोग की सलाह दी।
- भ्रूण संकट या मृत्यु की पूश्टि या इन्कार– फिटोस्कोपी / डपटोन,अल्ट्रासांउड और / इलेक्ट्रॉनिक भ्रुण निगरानी के माध्यम से किया जा सकता है।यदि भ्रूण जीवित है, लेकिन निश्क्रिय है, तो अल्ट्रॉसाउड परीक्षा के दौरान प्लेसेंटा और गर्भनाल पर अतिरिक्त ध्यान दिया जायेगा ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि ऑक्सीजन और पोशक तत्व वितरण का कोई समझौता नहीं है।

  विश्व स्वास्थ्य संगठन अनुशंसा करता है कि 28 पूर्ण सप्ताह से अधिक या उससे अधिक जीवन के संकेतों के बिना पैदा हुए किसी भी बच्चे को गर्भस्थ शिशु के रूप में वर्गीकृत किया जाय।

स्टिल बर्थ के कारणः

प्लेसेंटा के साथ समस्याएं, जो बच्चे को पोषण देती हैं, लगभग दो तिहाई मामलों में स्टिल बर्थ का कारण हो सकती हैं। प्लेसेंटल एबरपशन (placental abruption) में, नाल गर्भाशय की दीवार से बहुत जल्द अलग हो जाती है।

स्टिलबर्थ के अन्य कारणों में शामिल हैंः

•गर्भनाल की समस्याएँ भी स्टिलबर्थ करती हैं। प्रोलेप्सड गर्भनाल में, गर्भनाल शिशु से पहले योनि से बाहर आती है, ऑक्सीजन की आपूर्ति को रोकती है, इससे पहले कि शिशु अपने आप सांस ले सके।

•माता की पूर्व की या गर्भावस्था के दौरान की चिकित्सीय स्थिति स्टिल बर्थ का कारण हो सकती है। अगर गर्भावस्था से पहले या गर्भावस्था के दौरान उन्हें टाइप 1 डायबिटीज या अनुपचारित डायबिटीज है तो महिलाओं को इसका खतरा बढ़ जाता है। उच्च रक्तचाप – विशेष रूप से गर्भावस्था–प्रेरित उच्च रक्तचाप या प्री–एक्लेमप्सिया – स्टिलबर्थ का एक और प्रमुख कारण है।

•कभी–कभी भ्रूण बहुत धीरे–धीरे बढ़ सकता है। यह स्थिति, जिसे अंर्तगर्भाशयी विकास प्रतिबंध (IUGR) कहा जाता है, भ्रूण को पोषण की कमी से मरने के जोखिम में डालती है।

स्टिल बर्थ के साथ संबद्ध परिस्थितियांः

संक्रमण

•गंभीर मातृ बीमारी

•अपरा संक्रमण के कारण हाइपोक्सिमिया

•भ्रूण संक्रमण के कारण जन्मजात विकृति

•भ्रूण संक्रमण के कारण एक महत्वपूर्ण अंग की क्षति

•प्रीटर्म लेबर होना और लेबर के समय गर्भस्थ शिशु की मृत्यु

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	होना **मातृ चिकित्सा की स्थिति** • उच्च रक्तचाप से ग्रस्त विकार • डायबिटीज मेलेटस • थायराइड की बीमारी • गुर्दे की बीमारी • जिगर की बीमारी • संयोजी ऊतक रोग (systemic lupus erythematous) • कोलेस्टेसिस **अन्य** • एंटीफॉस्फोलिपिड सिन्ड्रोम • आनुवांि ाक थ्रोम्बोफिलिया • रेड सेल एलोइम्यूनाइजे ान • प्लेटलेट एलोइम्यूनाइजे ान • जन्मजात विसंगति और विरूपता • क्रोमोसोमल असामान्ताएं, जिनमें सीमित अपरा मोजेक भाामिल है। • फीटोमेटरल रक्तत्राव • भ्रूण वृध्दि प्रतिबन्ध • वासा प्रीविया और प्लेसेंटल एबरप ान सहित प्लेसेंटल असामान्यतायें • गर्भनाल सम्बन्धी विकृति जिसमें वेगिनस इंस ान,प्रोलैप्स,ओक्टोफिकेसन और इनटैंग्लमेंट भाामिल है। • मल्टीफॉइटल जेनेरे ान जिसमें ट्विन–ट्विन ट्रांसफ्यूजन सिन्ड्रोम और ट्विन रिवर्स आर्टेरियल परफ्यूजन भाामिल है। • एम्नियोटिक बैंड अनुक्रम • केन्द्रीय तंत्रिका तंत्र के घाव		
4.4	**रोगी की देखभाल**		
4. 4.1	**प्रसव प□चात प्रसवोत्तर वार्ड में मॉ की देखभाल** प्रसव के बाद, मॉ को प्रसवोत्तर देखभाल के लिए लेबर वार्ड में स्थानान्तरित करदिया जाता है। • मातृ स्वास्थ्य की निगरानी की जाती है और माता और नवजात के अच्छे स्वास्थ्य और अच्छे स्वास्थ्य में सुधार के हर कदम उठाया जायेगा। • आव यकता होने पर चिकित्सक द्वारा दवा दी जाती है। • रोगी को सामान्य आहार, बहुत सारे तरल पदार्थ लेने और बच्चे को स्तनपान कराने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।	स्टाफ नर्स	ओपीडी प्रबन्धन के लिए एस.ओ.पी.

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

4. 4.2	**नवजात शिशु की प्रसवोत्तर वार्ड में देखभाल** • प्रसव के बाद मॉ के साथ लेबर वार्ड में स्थानान्तरित किये गए सभी नवजातों को वि ोश देखभाल की आव यकता नही होती है,और प्रसवोत्तर वार्ड को गर्म (25 डिग्री सेल्सियस) रखा जाता है। • नवजात को जन्म से ठीक उसी पलंग पर मां के साथ रखा जाता है। • प्रसव के 1 घन्टे के भीतर बच्चे को स्तनपान कराने के लिए मां को प्रोत्साहित किया जाता है। • प्रसव के बाद नवजात ि ा ुकी देखभाल में प्रसव और जन्म का रिकार्ड ,मां के साथ संचार, बच्चे की जॉच,स्तनपान गर्भनाल देखभाल,त्वचा और ऑखों की देखभाल, विटामिन K_1 देना, मां की कांउसलिंग,टीकाकरण BCG.OPV-O, हेपेटाइटिस बी (HB-1) भाामिल हैं और उसका अनुवर्तन करना।	स्टाफ नर्स	FIMNCI मैनुअल जन्म के समय प्रसव पूर्व देखभाल और कु ाल जन्म उपस्थिति केलिए दि ाा निर्दे ा
4. 4.3	**नवजात शिशु को एस.एन.सी.यू. में शिफ्ट करना** यदि नवजात की निम्न में से कोई भी स्थिति है, तो इसे नये जन्म की देखभाल इकाई में स्थानान्तरित कर दिया जाता है। • जन्म भार <1800 gm • प्रमुख जन्मजात विकृति • गंभीर जन्म चोट • गंभीर भवसन संकट • PPV>=5 minutes • चेस्ट कम्प्रे ान या ड्रग्स की आव ण्यकता • बाल रोग वि ोशज्ञ द्वारा तय किया गया कोई अन्य संकेत। • नवजात को गहन निगरानी में रखा गया है • जन्म वजन 1500–1800 • न्यू बोर्न की जरूरत IPPV • तेज सांस के साथ अतिक्रिया ील बच्चे	एम.ओ./स्टाफ नर्स/बाल रोग वि ोशज्ञ	FIMNCI मैनुअल
4. 4.4	**रोगी का डिस्चार्ज** • डिस्चार्ज डिलीवरी के बाद किया जाता है, जो मां की स्थिति पर निर्भर करता है, लेकिन नार्मल डिलीवरी में 48 घन्टें से पहले डिस्चार्ज नही किया जाता है। • डिस्चार्ज स्लिप एम.ओ. के द्वारा बनाई जाती है और वार्ड प्रभारी द्वारा डिस्चार्ज रजिस्टर में प्रविश्टि की जाती है। • मां को प्रस्वोत्तर देखभाल और स्वच्छता के बारें में जानकारी दी जाती है,स्वयं और नवजात ि ा ु के लिये पोशण,वि ोश रूप से स्तनपान कराने की सलाह,बच्चे को गर्म रखना,नवजात ि ा ु की पूर्ण टीकाकरण,परिवार नियोजन । • उसे उन खतरों के संकेतो के बारें में भी सलाह दी जाती है,जिनके मां या नवजात ि ा ु में दिखाई देने पर तुरन्त अस्पताल सूचना दी जानी चाहिए।	चिकित्साधिकारी/ स्त्री रोग वि ोशज्ञ/नर्स प्रभारी	डिस्चार्ज की पर्ची जन्म के समय प्रसव पूर्व देखभाल और कु ाल जन्म उपस्थिति

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

4.5	**लाभार्थीयों को भुगतान** JSY के तहत भुगतान लाभार्थियों को प्रसव के बाद अस्पताल में रहने के 48 घंटे बाद प्रदान किया जाता है,भुगतान की अनुसूची अधिकृत कर्मियों द्वारा लाभार्थी को सूचित की जाती है।	अस्पताल अधीक्षक / क्लर्क	JSY योजना JSY रजिस्टर
4.6	**डिस्चार्ज के बाद प्रसवोत्तर देखभाल** प्रसवोत्तर देखभाल एम.सी.एच / प्रसूति एवं स्त्री रोग क्लिनिक के माध्यम से प्रदान की जाती है। आ ाा और ए.एन.एम. द्वारा पोस्टनेटल विजीट के दौरान माताओ में प्रसवत्तोर जटिलता जैसे–कि पी.पीएच. और प्यूपरिकल सेप्सिस,गंभीर एनिमीया के पाये जाने पर अस्पताल में संदर्भित किया जाता है और ओपीडी क्लिनिक / इमरजेंसी में मूल्यांकन किया जाता है और यदि आव यक हो तो भर्ती कराया जाता है।	एम.ओ / प्रसूति वि ोशज्ञ	
4.7	**प्रतिरक्षण** बच्चों / नवजात / नवजात ि ा ुओं के लिए सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के तहत अस्पताल टीकाकरण सुविधा जिसमें सभी टीके जैसे ओ.पी.वी.,डी0ओ0टी0,टी0टी0,बी.सी.जी.,खसरा आदि भाामिल है और विभाग में सिस्टर इंचार्ज द्वारा इसका रजिस्टर बनाये रखा जाता है। • दिये गए टीकाकरण का विवरण मातृ और बाल संरक्षण कार्ड (MCP) में दर्ज किया जाता है। • टीकाकरण के बाद होने वाली कोई भी गभीर प्रतिकूल घटना जैसे कि मृत्यु,अस्पताल में भर्ती होना,विकलांगता और अन्य गंम्भीर घटनाएं जो कि टीकाकरण से सम्बन्धित मानी जाती है, उन्हें तुरन्त फोन द्वारा एम.एस. को सुचित किया जाता है। • अन्य गंभीर ए.ई.एफ.आई. जैसे एनाफिलेक्सिस,टी.एस.एस.,ए.एफ. पी,एन्सेफैलोपैथी,सेप्सिस,क्लस्टर में होने वाली घटना को निर्धारित प्रारूप में निर्धारित समय के अन्दर जिला प्रतिरक्षण अधिकारी को सूचित किया जाता है। • सभी गंभीर ए.ई.एफ.आई. की जॉच उपयुक्त अधिकारीयों द्वारा की जाती है और सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है। • प्रत्येक टीकाकरणके बाद माता–पिता को सूचित किया जाता है। • क्या टीका दिया जाता है और किस रोग से बचाता है। • मामूली दूश्प्रभाव क्या है और उनसे कैसे निपटे। • अगली विजिट के लिए कब आना है। • मॉ और बाल संरक्षण कार्ड को सुरक्षित रखने के लिए और उसे अगली विजिट पर लाने के लिए।		संरक्षण कार्ड

4.8	**परिवार नियोजन के लिए परामर्श** • प्रसूति और स्त्री रोग क्लिनिक / एम.सी.एच. क्लिनिक और अन्य परामर्श कक्षों से संदर्भित रोगी को अस्पताल के परामर्श केन्द्र (यदि कोई हो) या पी.पी. क्लिनिक में परामर्श दिया जाता है। • क्लर्क रजिस्टर में रोगी का विवरण दर्ज करता है और रोगी से सहमति फार्म भरने के लिए कहता है। • एम.ओ. परिवार नियोजन के महत्व और विभिन्नस्थायी (NSV, पुरुष नसबंदी, महिला बंध्याकरण, ट्यूबेक्टॉमी) और परिवार नियोजन के अस्थायी तरीकों (PPIUCD) कंडोम के बारे में बताते हैं।	एम.ओ. / पी.पी.केन्द्र प्रभारी	परिवार नियोजन रजिस्टर
4.9	**नवजात शिशु रोगियों के एकीकृत प्रबंधन** 2 महीने से कम आयु के रोगियों को बीमार युवा शिशुओं के रूप में वर्गीकृत किया गया है और 5 वर्ष से कम आयु के रोगियों को बीमार बच्चे के रूप में वर्गीकृत किया गया है। उनका प्रबंधन एकीकृत प्रबंधन नवजात और बचपन बीमारी दृष्टिकोण के अनुसार किया जाता है। यह भी शामिल है: • फैसिलिटी में तत्काल रेफरल सेवाएं (लाल) • आउट पेशेंट डिपार्टमेंट (रेड) में तत्काल रेफरल सुविधा • ओपीडी में उपचार की सुविधा (पीला) • गृह प्रबंधन (हरा)	एम.ओ	IMNCI दिशानिर्देशों और छोटे शिशुओं में सेप्सिस के प्रबंधन के लिए दिशानिर्देश
4.10	**इमरजेंसी ट्राइएज असेसमेंट एंड ट्रीटमेंट–** अस्पताल में प्राप्त किसी भी बीमार छोटे शिशु या बच्चे को तुरंत उपस्थित किया जाता है और प्रबंधन के लिए मानक ETAT प्रक्रिया का पालन किया जाता है।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	WIबीमार छोटे शिशुओं और बच्चों के प्रबंधन में कदम।
4.10.1	**ट्राइएज–** अस्पताल पहुंचने के बाद सभी छोटे शिशुओं और बच्चों का परीक्षण निम्न श्रेणियों में किया जाता है। –तत्कालीन आपातकालीन संकेत (ई) आपातकालीन उपचार की आवश्यकता –उन प्राथमिक चिन्हों (पी) को तेजी से मूल्यांकन और कार्रवाई की आवश्यकता है – गैर–जरूरी (एन) मामले जो प्रतीक्षा कर सकते हैं ट्राइएज एयर वे, श्वसन, परिसंचरण, कोमा, संवेदीकरण और निर्जलीकरण (ए बी सी डी) का आकलन करके किया जाता है। यदि कोई आपातकालीन संकेत दिखाई नहीं देता है तो प्राथमिकता वाले संकेतों की तलाश की जाती है।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	WI ट्राइएज
4.10.2	**नवजात शिशुओं में आपातकालीन संकेतों का आकलन और प्रबंधन–** मानक FIMNCI प्रोटोकॉल के अनुसार किए गए आपातकालीन संकेतों का आकलन और प्रबंधन। यदि हाइपोथर्मिया या हाइपोग्लाइसीमिया के कोई संकेत मौजूद हैं, तो उनका प्रबंधन एक साथ किया जाता है। **इसमें शामिल हैं–** • श्वसन, केंद्रीय सायनोसिस और गंभीर श्वसन संकट के लिए मूल्यांकन किया जाता है और यदि आवश्यक हो तो बेसिक लाइफ सपोर्ट दिया जाता है। • तीव्र शिशु कुपोषण के साथ या उसके बिना छोटे शिशु और बच्चों	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	प्रासंगिक **WI**

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	में सदमे का आकलन और उपचार। • कोमा और आक्षेप का आकलन और उपचार। • गंभीर निर्जलीकरण(डीहाईडरेशन) मूल्यांकन और उपचार • हाइपोग्लाइसीमिया और हाइपोथर्मिया का मूल्यांकन औरउपचार		
4. 11	**बीमार छोटे शिशुओं की फैसिलिटी पर देखभाल** इसमें द्रव प्रबंधन, हाइपोग्लाइसीमिया का प्रबंधन, एस्फाईलेक्टेड नवजात शिशु के पुनर्जीवन (RESUSCITATION) के बाद देखभाल, सेप्टिसीमिया, मैनिंजाइटिस, दस्त, टेटनस नियोनिटोरम, पीलिया और बीमार छोटे शिशु की निगरानी के प्रबंधन शामिल हैं।	एम.ओ / बाल रोग विशेषज्ञ / नर्सिंग स्टाफ	फैसिलिटी आधारित नवजात देखभाल के लिए छोटे शिशुओं के दिशानिर्देशों की निगरानी के लिए चेकलिस्ट (FBNC)
4. 11. 1	**कम वजन के जन्मित(low birth weight) नवजात शिशुओं का प्रबंधन** •सभी कम वजन के नवजात शिशुओं को जन्म के समय Vit K_1 •अस्पताल में 1800 ग्राम से कम वजन वाले नवजात शिशुओं को भर्ती किया गया है। •नवजात शिशु के शरीर का सामान्य तापमान कंगारू मदर केयर के माध्यम से या बालरोग विशेषज्ञ द्वारा सलाह के अनुसार रेडियेन्ट वार्मर /इनक्यूबेटर के माध्यम से बनाए रखा जाता है। •नवजात शिशु के जन्म के वजन या गर्भधारणके अनुसार तरल पदार्थ और पोषण प्रदान किया जाता है।	एम.ओ /बाल रोग विशेषज्ञ /नर्सिंग स्टाफ	
4. 11. 2	**नवजात शिशुओं का रेफरल और परिवहन–** • यदि नवजात शिशु का प्रबंधन या तो सुविधाओं की कमी (नवजात देखभाल इकाई) के कारण या तृतीयक देखभाल प्रबंधन की आवश्यकता के कारण अस्पताल में नहीं किया जा सकता है, तो नवजात शिशु को उच्च केंद्र या अन्य अस्पताल में भेजा जाता है। • सम्बंधित फैसिलिटी को रोगी के बारे में जानकारी दी जाती है। • तापमान, वायुमार्ग, श्वास, परिसंचरण और रक्त शर्करा के संबंध में नवजात को स्थिर किया जाता है। • यदि संभव हो तो सम्बंधित अस्पताल में नवजात शिशु को भेजते समय साथ में एक डॉक्टर /नर्स/ स्वास्थ्य कार्यकर्ता की व्यवस्था की जाती है। • नवजात शिशु की स्थिति के बारे में नवजात शिशु के माता–पिता / परिचारकों को सूचित किया जाता है और परिवहन के दौरान नवजात शिशु की देखभाल के लिए निर्देश दिए जाते हैं। • एक रेफरल नोट तैयार किया जाता है और रोगी के परिचारकों को दिया जाता है जिसमे नवजात की स्थिति, रेफरल और उपचार	एम.ओ/बाल रोग विशेषज्ञ /नर्सिंग स्टाफ	तरल पदार्थ और खिलाने के तरीके के लिए WI। LBW नवजात शिशुओं के निर्वहन का संकेत

	के लिए कारण का वर्णन किया जाता है।		
4. 13	**संक्रमण नियंत्रण –** मानक संक्रमण नियंत्रण के उपाय द्वारा सेवा प्रदाताओं को अस्पताल से प्राप्त संक्रमणों को रोकना और सुरक्षित कार्य वातावरण सुनिश्चित किया जाता हैं। इन उपायों में मुख्यरूप से शामिल हैं – •मानक हाथ धोने के व्यवहार का सख्त पालन •रक्त, शरीर के पदार्थ, उत्सर्जन और स्राव को संभालते समय व्यक्तिगत सुरक्षा उपकरणों का उपयोग •रोगी देखभाल उपकरण और गंदे लिनन की उपयुक्त हैंडलिंग •सुई चुभने/तेज चोटों की रोकथाम •पर्यावरण की सफाई और स्पिल प्रबंधन •बायोमेडिकल वेस्ट की उपयुक्त हैंडलिंग •सुरक्षित रोगी देखभाल वातावरण सुनिश्चित करने के लिए लेबर रूम की नियमित बनसजनतम`नतअमपससंदबम की जाती है। •एपिसीओटॉमी साइट संक्रमण दर की नियमित निगरानी	इन्फेक्शन कंट्रोल नर्स/स्टाफ नर्स /एम. ओ/ऑब्स टेट्रीशियन	अस्पताल के अपशिष्ट प्रबंधन के लिए संक्रमण नियंत्रण मैनुअल। एसओपी हाउसकीपिंग प्रबंधन के लिए। एसओपी राष्ट्रीय संक्रमण नियंत्रण दिशानिर्देश।
4. 13	**लेबर रूम में उपकरणों की पर्यावरण की सफाई और प्रसंस्करण–** लेबर रूम में बाहरी जूते चप्पल की अनुमति नहीं है। लेबर रूम में प्रवेश करने से पहले लेबर रूम स्लीपर पहनना अनिवार्य है। प्रत्येक प्रक्रिया के बाद सभी कामकाजी सतहों को कीटाणुरहित किया जाता है। लेबर रूम में प्रक्रियाओं के लिए आवश्यक स्टाफ को ही अनुमति है। लेबर रूम में आवागमन कम से कम रखा जाता है।	हाउसकीपिंग स्टाफ /अस्पताल प्रबंधक	हाउसकीपिंग पर संक्रमण नियंत्रण मैनुअल एसओपी
4. 14	**गर्भवती महिलाओं के अधिकार और सम्मान** •गर्भवती महिलाओं के साथ संवाद करते समय सरल और स्पष्ट भाषा का उपयोग किया जाता है। •गर्भवती महिला को उसके स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में बताया जाता है और विकल्पों को समझने और निर्णय लेने के लिए समर्थन किया जाता है। •सेवाओं को प्राप्त करते समय महिला को यथासंभव सहज महसूस कराया जाता है। •किसी भी परीक्षा से पहले गर्भवती महिलाओं से अनुमति ली जाती है और प्रक्रिया उन्हें समझाई जाती है। •परीक्षण के दौरान गर्भवती महिलाओं की गोपनीयता बनाए रखी जाती है। स्क्रीन और पर्दे परीक्षण क्षेत्र में प्रदान किए जाते हैं और यह सुनिश्चित किया जाता है कि महिला लोगों की नजर में आने से सुरक्षित है। •गर्भवती महिलाओं की सहमति उनके परिवार या माता–पिता के साथ चर्चा करने से पहले ली जाती है।	एम ओ/स्टाफ नर्स /अन्य सेवा प्रदाता	

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।

	•गर्भवती महिलाओं के बारे में गोपनीय जानकारी की चर्चा अन्य स्टाफ सदस्यों के साथ या फैसिलिटी के बाहर कभी नहीं की जाती है। •किसी भी प्रक्रिया से पहले सूचित सहमति ली जाती है। •एचआईवी से पीड़ित किसी भी गर्भवती महिला को एचआईवी की स्थिति के आधार पर इनकार नहीं किया जाता है। उसकी एचआईवी स्थिति देखभाल में शामिल लोगों को छोड़कर गोपनीय रखी जाती है।		
4.15	**सहमति प्रपत्र सहित रिकॉर्ड रखरखाव की प्रक्रिया** •सभी मरीजों के रिकॉर्ड जिसमें सहमति प्रपत्र, स्टोर इन्वेंटरी, उपकरण, वार्षिक रखरखाव दस्तावेज, शिकायत, स्टाफ रिकॉर्ड, अपशिष्ट निपटान रिकॉर्ड अच्छी तरह से दर्ज किए गए हैं और नर्स पर्यवेक्षक द्वारा प्रासंगिक फाइलों में रखे गए हैं। लिखित सहमति प्रपत्र में निम्नलिखित आवश्यकताओं का पालन करना चाहिए: •रोगी के लिए तुरंत जिम्मेदार सभी चिकित्सक(कों) का नाम (ओं) का उल्लेख किया गया है। •निदान का उल्लेख है। •अनुशंसित उपचार या प्रस्तावित प्रक्रिया का एक संक्षिप्त विवरण। •एक बयान जिसमें उपचार, या प्रक्रिया के प्रासंगिक पहलुओं, जिसमें संकेत, लाभ, जोखिम, और बिना किसी उपचार के विकल्प के बारे में रोगी के साथ उस भाषा में चर्चा की गई है जिसे रोगी समझ सकता है और रोगी ने चर्चा की समझ का संकेत दिया। •एक बयान जिसमें रोगी को सवाल पूछने का अवसर मिला। •जिस तारीख और समय पर चर्चा हुई और मरीज ने इलाज या प्रक्रिया के लिए सहमति दी। •नोट लिखने वाले स्वास्थ्यकर्मी का लिखित हस्ताक्षर (प्रैक्टिशनर का कानूनी रूप से लिखित नाम सहित)। •रोगी के साथ लागू और सुपाठ्य लिखित नाम और संबंध के रूप में परिजन /अभिभावक की अगली/ परिजन /अभिभावक की छाप। •सहमति की तिथि •कंसेंट फॉर्म पूरी तरह से भरा होता है। कोई खाली जगह/बॉक्स नहीं है। •इस तरह की सहमति की गुंजाइश बताते हुए प्रवेश के समय सामान्य सहमति प्राप्त की जाती है, •रोगी पर किए गए सभी प्रक्रियाओं में प्रत्येक प्रक्रिया के लिए अलग–अलग सहमति ली गई है। •लेबर रूम में सभी रोगियों द्वारा सहमति पत्र पर हस्ताक्षर किए जाते हैं। यदि रोगी/परिजन अनपढ़ हैं तो किसी अज्ञात व्यक्तिके सामने रोगी के अंगूठे का निशान लिया जाता है। •सभी सहमति प्रपत्र रोगी केस फाइल में बनाए रखे जाते हैं और इसी रूप में मेडिकल रिकॉर्ड विभाग में जमा कर दिए जाते हैं।		
4.16	**निगरानी और गुणवत्ता नियंत्रण**		

4. 16. 1	**मातृ मृत्यु की समीक्षा,** • अस्पताल में गर्भपात और अस्थानिक (एक्टोपिक)गर्भ से संबंधित मौतों सहित गर्भवती महिलाओं में और माताओं में गर्भावस्था के समापन के 42 दिनों के भीतर होने वाली सभी मातृ मृत्यु के बारे में घटित होने के तुरंत बाद इलाज करने वाले डॉक्टर के द्वारा फैसिलिटी नोडल अधिकारी एमडीआर को सूचित किया जाता है। • अस्पताल के फैसिलिटी नोडल अधिकारी (FNO) जिला नोडल अधिकारी (DNO) को सूचित करते हैं और बाद में 24 घंटे के भीतर राज्य नोडल अधिकारी को सूचित करते हैं। • फैसिलिटी नोडल अधिकारी प्राथमिक मुखबिर प्रारूप को भरते हैं और इसे (DNO) में भेजते हैं। • माता का इलाज करने वाले चिकित्सा अधिकारी द्वारा फैसिलिटी आधारित मातृ मृत्यु समीक्षा प्रारूप का उपयोग करते हुए मातृ मृत्यु की जांच तुरंत करते हैं और इसे 24 घंटे के भीतर FNO को तीन प्रतियों में जमा करते हैं। • एमडीआर दिशानिर्देशों के अनुसार एक फैसिलिटी मातृ मृत्यु समीक्षा समिति का गठन किया गया है जो मासिक समीक्षा बैठक में हुई सभी मातृ मृत्यु की समीक्षा करती है और देखभाल की गुणवत्ता में सुधार के लिए सुधारात्मक कार्रवाई का सुझाव देती है। • केस सारांश के साथ समीक्षा बैठक के कार्यवृत्त जिला नोडल अधिकारी को भेजे जाते हैं।	इलाज करने वाले एम ओ, एफ एन ओ, डी एन ओ	FMDR प्रारूप। मातृ मृत्यु समीक्षा गाइडबुक
4. 16. 2	**रेफरल सेवाओं की गुणवत्ता आश्वासन** जिला अस्पताल में रेफर की जाने वाली प्रत्येक महिला को एक मानक रेफरल पर्ची दी जाती है। उस रेफरल पर्ची पर रेफरल का परिणाम लिखने के बाद उसे महिला या उस व्यक्ति जो उसे लाया था, के साथ वापस भेज दिया जाता है । जिला अस्पताल और रेफरिंग सुविधा दोनों ही गुणवत्ता आश्वासन तंत्र के रूप में सभी रेफरल का रिकॉर्ड रखते हैं	चिकित्सा अधीक्षक	

सम्मानित मातृत्व देखभाल सुनिश्चित करने के लिए

याद रखने और लागू करने के लिए बिन्दु।
➢ लेबर में महिला की गोपनीयता सुनिश्चित करें।
➢ हानिकारक प्रथाओं को करने से बचें।
➢ रोगी को प्रदान की जाने वाली देखभाल के बारे में पूरी जानकारी प्रदान करें।
➢ सूचित सहमति लें।
➢ जन्म के लिए पसंद की स्थिति की अनुमति दें।
➢ मौखिक दुर्व्यवहार (अपमान, धमकी,जबरदस्ती) से बचें।

➢ पसंद के सहायक को उपलब्ध कराएं।
➢ प्रसव के दौरान निरंतर सहायता प्रदान करें और देखभाल को छोड़ने से बचें (अर्थात महिला को अकेला या बिना छोड़े)।
➢ रोगी की गोपनीयता सुनिश्चित करें।
➢ प्रसव के दौरान पेय और भोजन की अनुमति दें।
➢ लेबर के दौरान गमनागमन की स्वतंत्रता प्रदान करें (जैसे, टहलना, घूमना)।
➢ जातीयता, नस्ल या आर्थिक स्थिति पर आधारित भेदभाव से बचें, जिसमें अवैध आव्रजन की स्थिति के कारण प्रवेश से इनकार शामिल है।
➢ माँ और बच्चे को 24 घंटे एक साथ रखें। जन्म के बाद माँ और नवजात शिशु के अनावश्यक अलगाव से बचें।
➢ महिलाओं और शिशुओं के खिलाफ संस्थागत हिंसा की रोकथाम, जिसमें अनादर भी शामिल है। शारीरिक शोषण (थप्पड़/मार) से बचें।
➢ भुगतान की कमी के कारण फैसिलिटी में सेवाओं से महिला को वंचित न करें।
➢ दवाओं और प्रौद्योगिकी के अति प्रयोग से बचा जा सकता है (जैसे ऑक्सीटोसिन वृद्धि, एपिसोटॉमी, सिजेरियन सेक्शन, ऊष्मायन, सोनोग्राम)।
➢ कम से कम पहले घंटे के लिए जन्म के तुरंत बाद मां के साथ नवजात शिशु का त्वचा– त्वचा का संपर्क।
➢ मांग पर स्तनपान को बढ़ावा देना।
➢ साक्ष्य आधारित देखभाल जो गर्भावस्था, जन्म और प्रसवोत्तर की सामान्य प्रक्रियाओं को बढ़ाती है और उनका अनुकूलन करती है।
➢ अन्य।

अन्यः

श्रम और प्रसव साथी के मुद्दे पर प्रशिक्षण को शामिल करना, और श्रम और प्रसव के दौरान निर्णय लेने में महिलाओं की स्वायत्तता का सम्मान करने के महत्व पर, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और अस्पताल के गुणवत्ता प्रबंधकों के लिए पूर्व और बीमा सेवा प्रशिक्षण प्राप्त करने की दिशा में एक महत्वपूर्ण मार्ग हो सकता है और इस परिवर्तन को बनाए रखना।

कार्यान्वयन सफल होने के लिए, यह महत्वपूर्ण है कि स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता श्रम साहचर्य के लाभों और संभावित अवसरों को समझते हैं, साथ ही साथ गर्भवती महिलाओं को यह तय करने का समर्थन करने के महत्व को समझते हैं कि वे एक श्रम और प्रसव साथी चाहते हैं, किसको चुनना है और क्या भूमिका है वे चाहते हैं कि साथी उनकी ओर से खेले। स्वास्थ्य देखभाल सुविधा में श्रम साहचर्य नीतियों को शुरू करने के लिए एक भागीदारी दृष्टिकोण महत्वपूर्ण है।

समुदायों में महिलाओं के साथ संवेदनशीलता और विशेष रूप से श्रम साहचर्य के लिए एक कार्यान्वयन रणनीति का एक अन्य महत्वपूर्ण घटक है, जो यह सुनिश्चित करेगा कि महिलाओं को अपने अधिकारों के बारे में पता है कि उन्हें एक साथी का चयन करना है और श्रम और प्रसव के दौरान उनकी देखभाल से संबंधित निर्णय लेने हैं।

•माताओं के लिए निवास का प्रावधानय अस्पताल में भर्ती नवजात शिशुओं की देखभाल में माता–पिता की सक्रिय भागीदारीय नवजात देखभाल में जनक प्रशिक्षणय भाई–बहन और दादा–दादी का देखने आनाय

•नवजात सीपीआर में अस्पताल–आधारित प्रशिक्षण

•अत्यधिक जबरदस्ती की रोकथाम – महिलाओं को चिकित्सा प्रक्रियाओं से गुजरने के लिए मजबूर किया जाता है।

महिलाओं को प्रसव और प्रसव के दौरान पसंद के साथी के समर्थन की अनुमति देने के लिए एक कार्यक्रम को कम लागत और प्रभावी हस्तक्षेप के रूप में लागू किया जा सकता है ताकि देखभाल की गुणवत्ता में सुधार हो और सम्मानजनक मातृत्व देखभाल सुनिश्चित हो सके।

यह दस्तावेज गोपनीय है। सी एम एस की अनुमति बिना अस्पताल के बाहर इसका प्रयोग वर्जित है।