NATIONAL HEALTH MISSION

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

आर.सी.एच. रजिस्टर
निर्देश पुस्तिका
(एएनएम द्वारा रिकार्ड संधारण हेतु)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन,मध्यप्रदेश

विषयसूची

प्राक्कथन		3
प्रस्तावना		**4**
प्रस्तावना		**5**
संकेताक्षर		**6**
भूमिका		
	एकीकृत आरसीएच रजिस्टर की आवश्यकता	8
	आरसीएच रजिस्टर का संक्षिप्त	8
	एएनएम के लिए अनुदेश पुस्तिका का संक्षिप्त	10
	आरसीएच रजिस्टर और अनुदेश पुस्तिका के लिए सामान्य निर्देश	11
अध्याय–1	**आरसीएच रजिस्टर के प्रयोग हेतु खण्ड व कॉलमवार निर्देश**	
	सेवा प्रदाता और क्षेत्र का विवरण (प्रोफाईल पेज)	15
भाग–1	**योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग एवं गर्भनिरोधक साधनो का उपयोग**	
	योग्य दम्पत्तियों की लाइन लिस्टींग (सूची)	17
	योग्य दम्पत्तियों की सामान्य जानकारी (ईसी –1)	19
	गर्भनिरोधक साधन उपयोग में लेने वाले योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग (ईसी–2 व ईसी–2ए)	22
भाग– 2	**गर्भवती महिलाओं की ट्रेकिंग**	
	गर्भवती महिलाओं की लाइन लिस्टींग (सूची)	25
	गर्भवती महिलाओं की सामान्य जानकारी (पी डब्लू–1)	26
	गर्भवती महिलाओं की प्रसवपूर्व जांच (पी डब्लू–2)	30
	डिलीवरी और नवजात शिशु का संक्षिप्त (पी डब्लू–3)	35
	मां व नवजात शिशु की प्रसव प्रश्चात् देखभाल (पी डब्लू–4 व पी डब्लू–4ए)	39
भाग– 3	**बच्चों की ट्रेकिंग**	
	बच्चों की लाइन लिस्ट (सूची)	46
	बच्चों की सामान्य जानकारी (सीएच–1)	47
	बच्चों के टीकाकरण का विवरण (सीएच–2)	48
	बाल स्वास्थ्य के सूचक (सीएच–3)	51
खण्ड– 4	**अनुसूचियों का विवरण**	**53**
	अनुसूचीवार विवरण	54
	उपकेन्द्र स्तर पर एनिमिया का प्रबंधन (संलग्नक–4.1)	56
	गर्भावस्था के दौरान फंडल की उंचाई मापन (संलग्न–4.2)	57
	संभावित हितग्राहियोंं की गणना (संलग्नक–4.3)	58
	डिलीवरी की संभावित तारीख के लिए रेडी रेकनर कैलेंडर (संलग्नक–4.4)	60
	गर्भवती महिलाओं, शिशुओं और बच्चों के लिए राष्ट्रीय टीकाकरण अनुसूची (संलग्नक–4.5)	61
	टीकाकरण सत्र की मासिक रिपोर्ट के लिए प्रपत्र (संलग्न–4.6)	62
	टीकाकरण पश्चात् प्रतिकूल घटनाओं को रिपोर्ट किए जाने वाले केसेज की परिभाषाएं (संलग्नक–4.7)	63
	गर्भवती महिलाओं द्वारा प्रसव पूर्व जांच हेतु संस्था पर विजिट (संलग्नक–4.8)	65
अध्याय–2	**प्रयुक्त कार्यकारी परिभाषाएं**	**69**
अध्याय–3	**उपकेन्द्र स्तर पर प्रसवपूर्व व प्रसव के पश्चात् देखभाल का संक्षिप्त विवरण**	**77**
प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) रजिस्टर का प्रारूप (संस्करण 9.9)		**90**

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

Anuradha Gupta, IAS

Additional Secretary &
Mission Director, NRHM
Telefax : 23062157
E-mail : anuradha-gupta@outlook.com

सत्यमेव जयते

भारत सरकार
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
निर्माण भवन, नई दिल्ली-110011
Government of India
Ministry of Health & Family Welfare
Nirman Bhavan, New Delhi-110011

FORWORD

The ANMs / MPW (F) have been collecting and maintaining information on various aspects of Reproductive and Child Health (RCH) like family planning, maternal health, child health, immunization, etc. They have been doing this in multiple registers. This has not only been cumbersome and unwieldy but in many cases, similar information has had to be entered in many registers, resulting in duplication of ANM's efforts.

It was in the light of above that Government of India designed an Integrated RCH Register which captures all information on family planning, maternal health, child health and immunization in a single register. The Integrated RCH Register has already been circulated to the States with the request to implement the new Register,

Various State Governments have expressed the need for an instruction manual that would help the ANMs in filling the different formats of Integrated RCH Register. Accordingly, Government of India has developed this instruction manual which will help ANMs to understand the relevance of various RMNCH services and correctly record all the RCH related information in the Register. The manual would also be useful for trainers to train ANMs.

I am sure that this instruction manual will help the ANMs in correctly capturing the appropriate information and providing answers to most of their questions.

(Anuradha Gupta)
8th May, 2014

भारत सरकार
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
निर्माण भवन, नई दिल्ली - 110011
Government of India
Ministry of Health & Family Welfare
Nirman Bhavan, New Delhi - 110011

Manoj Jhalani, IAS
Joint Secretary
Telefax: 23063687
E-mail : manoj.jhalani@nic.in

PREFACE

MoHFW has been collecting information on various aspects of Reproductive and Child Health (RCH) like family planning, maternal health, child health, immunization, adolescent health. The ANM, who is the field worker responsible for collecting this information, has had to carry a multitude of registers wherein similar information had to be entered in many registers, resulting in duplication of ANM's efforts.

To effectively address the problem, the MoHFW designed an Integrated RCH Register that captures information on all RCH related services including family planning, maternal health, child health and immunization. Many States have got the new Integrated RCH Register printed and distributed to ANMs while others are in the process of doing so.

This instruction manual has been prepared on the request of State / UT Governments in order to guide the ANMs in filling the different formats of Integrated RCH Register. In addition, this instruction manual contains most of the RMNCH related information required by ANMs like working definitions of many terms used in providing RMNCH services, brief write-up on Antenatal and Postnatal Care at Sub-Centre level, management of Anaemia at Sub-Centre level, measurement of Fundal Height during pregnancy, calculation of expected number of beneficiaries, ready reckoner calendar for calculation of Expected Date of Delivery, National Immunization Schedule for pregnant women, Infants and children and formats for monthly reporting of immunization sessions etc. With such exhaustive information, the manual would also be useful in training of ANMs.

I request the State / UT Governments to print and distribute the Integrated RCH Register and this instruction manual to ANMs so that they correctly capture the information in the Integrated RCH Register. The ANMs should be imparted a short training on use of instruction manual and on how to correctly fill up information in Integrated RCH Register.

I thank o□cers and o□cials of RCH Division, including my colleague Dr Rakesh Kumar, JS (RCH), for providing the necessary inputs and support. I thank NHSRC for customising the instruction manual in printable book format. I appreciate the efforts of o□cers and o□cials of MMP Cell, particularly Dr Uma Chawla, Public Health Specialist, in preparing this instruction manual. I would be grateful to users for providing their valuable suggestions for further improvement in the instruction manual.

(Manoj Jhalani)
May, 2014

आर.सी.एच. रजिस्टर
निर्देश पुस्तिका
(एएनएम द्वारा रिकार्ड संधारण हेतु)

संकेताक्षर

AEFI	Adverse Events Following Immunization (टीकाकरण पश्चात् प्रतिकूल प्रभाव)	Hb	Haemoglobin (हिमोग्लोबिन)
ANC	Ante Natal Care (प्रसवपूर्व देखमाल)	HBNC	Home Based Newborn Care (गृह आधारित नवजात की देखभाल)
ANM	Auxiliary Nurse Midwife (प्रसाविका)	HEP B	Hepatitis B (हेपेटाइटिस–बी)
APH	Ante Partum Haemorrhage (प्रसवोत्तर पूर्व रक्तस्राव)	Hg	Mercury (पारा)
APL	Above Poverty Line (गरीबी रेखा से ऊपर)	HIV	Human-Immuno-deficiency Virus (एचआईवी)
ASHA	Accredited Social Health Activist (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता)	H/O	History of (पूर्व इतिहास)
AWW	Anganwadi Worker (आंगनवाडी कार्यकर्ता)	HOSP	Hospital (अस्पताल)
BCG	Bacillus Calmette –Guerin (बीसीजी टीका)	ICTC	Integrated Counseling and Testing Centre (समेकित परामर्श एवं परिक्षण केन्द्र)
BP	Blood Pressure (रक्तचाप)	ID	Identification (पहचान)
BPL	Below Poverty Line (गरीबी रेखा से नीचे)	IFA	Iron Folic Acid (आइरन फोलिक एसिड)
CH	Child (बच्चे)	Inj.	Injection (इन्जेक्शन)
CHC	Community Health Centre (सामुदायिक स्वाथ्य केन्द्र)	IUCD	Intra Uterine Contraceptive Device (आईयूसीडी)
CU	Copper (कॉपर)	IUGR	Intra Uterine Growth Retardation (अन्तगर्भाशयी विकास मंदता)
DOB	Date of Birth (जन्म तिथि)	JE	Japanese Encephalitis (जापानीज एन्सेफालाइटिस)
DPT	Diphtheria Pertussis Tetanus (डीपीटी टीका)	JSY	Janani Suraksha Yojana (जननी सुरक्षा योजना)
EC	Eligible Couple (योग्य दम्पत्ति)	Kg	Kilogram (किलोग्राम)
ECP	Emergency Contraceptive Pills (आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली)	LMP	Last Menstrual Period (आखिरी माहवारी की तारीख)
EDD	Expected Date of Delivery (प्रसव की संभावित तिथि)	MCP	Mother & Child Protection (मातृ एवं शिशु सुरक्षा)
F	Female (महिला)	mg	Milligram (मिलिग्राम)

FH	Fundal Height (फण्डल ऊँचाई)	mm	Millimeter (मिलिमीटर)
FHR	Foetal Heart Rate (भ्रूण की ह्रदय की धडकन)	MPW	Multi-Purpose Worker (बहुउद्देशीय कार्यकर्ता)
FP	Family Planning (परिवार नियोजन)	NR	Not required (आवश्यक नहीं)
FRU	First Referral Unit (प्रथम संप्रेषण इकाई)	OC	Oral Contraceptive (ओरल गर्भ निरोधक साधन)
gm	Gram (ग्राम)	OPV	Oral Polio Vaccine (ओरल पोलियो वैक्सीन)
PHC	Primary Health Centre (प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र)	RTI	Reproductive Tract Infenction (प्रजननतंत्र संक्रमण)
PNC	Post Natal Care (प्रसव पश्चात् देखभाल)	SC	Scheduled Caste (अनुसूचित जाति)
PPH	Post Partum Haemorrhage (प्रसवोत्तर रक्तस्राव)	SDH	Sub-District Hospital (उपजिला अस्पताल)
PREG	Pregnancy (गर्भावस्था)	Sr	Serial (क्रम)
P/V	Per Vagina (पीवी)	ST	Scheduled Tribe (अनुसूचित जन जाति)
PVT.	Private (प्राइवेट)	STI	Sexually Transmitted Infection (यौन संचारित संक्रमण)
PW	Pregnant Women (गर्भवती महिला)	TB	Tuberculosis (टीबी)
RCH	Reproductive and Child Health (प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य)	TT	Tetanus Toxoid (टीटी)
REG	Registration (पंजीकरण)	VHND	Village Health and Nutrition Day (ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषाहर दिवस)
RPR	Rapid Plasma Reagin रेपिड प्लाजमा रेजिन	VDRL	Venereal Disease Research Laboratory रति रोग शोध जांच केन्द्र
RR	Respiratory Rate (श्वसन दर)	Wt.	Weight (वजन)

भूमिका

1. आरसीएच रजिस्टर की आवश्यकता

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में प्राथमिक डॉटा जैसे (1) उपलब्ध करवाई गई सेवाओं का रिकार्ड (2) हितग्राहियों को दी जाने वाली सेवाओं की ट्रेकिंग (3) मासिक रिपोर्ट का संकलन और (4) स्थानीय स्तर पर सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार करने के लिए डॉटा का विश्लेषण करने के उद्देश्यों के साथ रजिस्टर में एकत्र किया जा रहा है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों की बदलती आवश्यकताओं और इससे सम्बन्धित कई बेहतर प्रयासों के लिए रजिस्टर के प्रपत्रों को निर्धारित किया गया है।

उपकेन्द्र स्तर पर, एएनएम, जो एक फ्रन्ट लाइन वर्कर के रुप में प्रजनन और बाल स्वास्थ्य (आरसीएच) सेवाएं दे रही है उसका रिकार्ड कई प्रकार के रजिस्टरों में रख रही है तथा उन रजिस्टरों को दूर दराज के क्षेत्र में लेकर जाना संभव नहीं है। इसलिए प्रायः एएनएन द्वारा दी गई सेवाओं की किसी नोट बुक या डायरी में नोट कर लेती है तथा बाद में उन सेवाओं को मुख्य रजिस्टर में स्थानान्तरित करती है। इस प्रक्रिया में कुछ जानकारी भूलने की संभावना हमेशा रहती है तथा इससे डॉटा की गुणवत्ता प्रभावित होती है।

इसको मद्देनजर रखते हुए ग्राम स्तर/क्षेत्र स्तर में योग्य दम्पत्तियों, गर्भवती महिलाओं और बच्चों के लिए एक एकीकृत प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य की दी गई सेवाओं के रिकार्डिंग टूल विकसित किया गया है। वर्तमान में मौजूद रजिस्टरों को आरसीएच रजिस्टर में परिवर्तित किया गया है। इस आरसीएच रजिस्टर का उपयोग एएनएम के कार्यभार के अनुकूलन और रजिस्टर व रिकार्ड के दोहराव को दूर करने व क्षेत्र स्तर पर कार्य की प्रक्रिया को सरल किया गया है।

यह आरसीएच रजिस्टर 1000 की आबादी को सेवा प्रदाय करने के लिए दो वर्ष के लिए पर्याप्त होगा। यदि लाभान्वितों की संख्या इस रजिस्टर में निर्धारित रिकार्डिंग से अधिक होती है तो समान वर्ष के लिए एक नया रजिस्टर खोला जा सकता है। लेकिन यह रजिस्टर तब तक काम में लिया जायेगा जब तक उन हितग्राहियों को देय समस्त सेवाएं पूर्ण नहीं हो जाती।

आरसीएच रजिस्टर इस अपेक्षा के साथ लागू किया जा रहा है कि एएनएम क्षेत्र में 'रियल टाइम डॉटा' का इन्द्राज करें, जिससे कवरेज व क्वालिटी में सुधार होगा और वह इन सूचनाओं का अपने कार्यक्षेत्र में गर्भधारण, बच्चे के जन्म व प्रसवोत्तर के समय मुख्य जटिलताओं को शीघ्र चिन्हित कर उनके प्रबंधन हेतु उपयोग में ले सकेगी।

2. आरसीएच रजिस्टर का संक्षिप्त विवरण

आरसीएच रजिस्टर चार भाग मे विभाजित किया गया है (1) योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग और गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग (2) गर्भवती महिलाओं की ट्रेकिंग (3) बच्चों की ट्रेकिंग और (4) अनुक्रमणिका । इस रजिस्टर में अन्य कार्यक्रमो की सेवाप्रदायगी संबंधी आवश्यक जानकारियों का भी समावेश किया गया है जिससे ग्रामस्तर पर दी जाने वाली समस्त सुविधाओं को दर्ज किया जा सके ।

आरसीएच रजिस्टर में प्रत्येक खण्डवार का संक्षिप्त विवरण निम्नानुसार हैः

रजिस्टर का प्रोफाईल पेज

इसमे भौगोलिक एरिया के विवरण के साथ–साथ गांव का नाम/एरिया, सर्विस प्रदाता के सम्पर्क नम्बर, नजदीकी स्वास्थ्य संस्थान, ट्रांसपोर्ट के साधन की उपलब्धता, और नेशनल कॉलसेन्टर के टोल फ्री नम्बर आदि का विवरण सम्मिलित किया गया है।

भाग–1 : योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग एवं गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग

इस भाग में एक अनुक्रमणिका व तीन प्रपत्र (ईसी–1, इसी–2 और ईसी–2ए) है। अनुक्रमणिका में प्रत्येक योग्य दम्पत्ति का नाम, सम्पर्क विवरण व ईसीटीएस/एमसीटीएस आईडी नम्बर आदि की लाईन लिस्टींग की जानी है।

- ✓ इसी–1 प्रपत्र के में योग्यदम्पत्ति के विवरण के साथ–साथ जन्में बच्चों की संख्या, सबसे छोटे बच्चे की उम्र व लिंग आदि की एन्ट्री की जानी है।
- ✓ इसी–2 प्रपत्र में योग्य दम्पत्ति के द्वारा प्रयोग में लिए जा रहे परिवार कल्याण के गर्भनिरोधक साधनों की जानकारी हेतु मासिक विजिट की एन्ट्री की जानी है। चूंकि यह रजिस्टर दो वर्ष के लिए बनाया गया है, अतः ईसी–2A प्रपत्र में ईसी–2 में वर्तमान वर्ष में संधारित सूचना के अनुरूप अगले वर्ष की समान सूचना संधारित की जानी है।

भाग–2 : गर्भवती महिलाओं की ट्रेकिंग

इस भाग में एक अनुक्रमणिका व पांच प्रपत्र (पीडब्ल्यू–1, पीडब्ल्यू–2, पीडब्ल्यू–3, पीडब्ल्यू–4 और पीडब्ल्यू–4ए) है। अनुक्रमणिका में प्रत्येक गर्भवती महिला की लाइन लिस्टींग के साथ–साथ उसका एमसीटीएस/आरसीएच आई डी नम्बर, सम्पर्क नम्बर आदि का रिकार्ड संधारित किया जाना है।

- ✓ पीडब्ल्यू–1 प्रपत्र के कॉलम्स में गर्भवती महिला के रजिस्ट्रेशन दिनांक, एलएमपी, ईडीडी, पूर्व में हुई सामान्य बीमारी की जानकारी, गत प्रसव के दौरान जटिलता के विवरण के साथ–साथ वर्तमान गर्भधारण की वीडीआरएल और एचआईवी टेस्ट की जांच रिकार्ड की जानी है।
- ✓ पीडब्ल्यू–2 प्रपत्र में प्रसवपूर्व जांच के दौरान उपलब्ध करवाई गई सेवाओं का विवरण अंकित किया जाना है।
- ✓ पीडब्ल्यू–3 प्रपत्र में प्रसव के परिणाम के साथ–साथ दिनांक, समय, वजन और नवजात को जन्म के समय दी गई वेक्सीन का विवरण अंकित किया जाना है। प्रसव पश्चात् सात पीएनसी की जांच की जानी है।
- ✓ पीडब्ल्यू–4 प्रपत्र में माता व शिशु को चार पीएनसी विजिट के समय दी गई सेवाओं की एन्ट्री की जानी है।
- ✓ पीडब्ल्यू–4ए में माता व शिशु की शेष तीन पीएनसी जांच के दौरान दी गई सेवाओं की एन्ट्री की जानी है।

भाग –3 : बच्चों की ट्रेकिंग

इस भाग में एक अनुक्रमणिका व तीन प्रपत्र (सीएच–1, सीएच–2 और सीएच–3, है। प्रत्येक नवजात शिशु की लाइन लिस्टींग के साथ उसका नाम, लिंग, रजिस्ट्रेशन की दिनांक, शिशु/आरसीएच आई डी नम्बर, माता–पिता का नाम के साथ–साथ उनके मोबाइल नम्बर आदि अनुक्रमणिका में दर्ज की जानी है।

- ✓ सीएच–1 प्रपत्र में नवजात शिशु का विवरण, उसके जन्म की दिनांक, स्थान व वजन, पता व माता के एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नम्बर अंकित किया जाना है।
- ✓ सीएच–2 में प्राथमिक के साथ–साथ वैक्सीन की बूस्टर खुराकों का, विटामिन 'ए' खुराकों का विवरण अंकित करना है।
- ✓ सीएच–3 प्रपत्र में (1) विशेष स्तनपान और नवजात शिशु को दिए गए पूरक आहार के बारे में सूचना और (2) दो सप्ताह में डायरिया व निमोनिया के प्रबंध का विवरण अंकित किया जाना है।

भाग–4 : अनुसूची

इस भाग में चार अनुसूची यथा (1) अंतिम माहवारी की तिथि (एलएमपी) से प्रसव की संभावित तिथि (ईडीडी) की गणना के लिए रेडी रेकनर कलेण्डर (2) गर्भवती महिलाओं, बच्चों व शिशुओं के लिए राष्ट्रीय टीकाकरण सारिणी (3) प्रसाविका (एएनएम) के लिए टीकाकरण–सत्र की मासिक रिपोर्ट हेतु प्रपत्र (4) आरसीएच रजिस्टर में प्रयोग में लिए गए संक्षिप्त शब्दों की सूची दी गई है।

3- एएनएम के लिए निर्देश पुस्तिका का संक्षिप्त विवरण

यह अनुदेश पुस्तिका एएनएम की सुविधानुरूप लाभार्थी के विवरण के साथ–साथ उन्हें उपलब्ध करवाई गई सेवाओं को आरसीएच रजिस्टर में दर्ज करने हेतु तैयार की गई है। इस प्रकार की सूचना से डॉटा की गुणवत्ता के साथ–साथ एएनएम की दक्षता में भी सुधार होगा।

अनुदेश पुस्तिका को तीन अध्याय में विभक्त किया गया है:

अध्याय–1 आरसीएच रजिस्टर के अनुदेश
अध्याय–2 प्रयुक्त शब्दों की कार्यकारी परिभाषा
अध्याय–3 उपकेन्द्र स्तर पर प्रसवपूर्व व प्रसवपश्चात सेवाऐं

अध्याय–1 : आरसीएच रजिस्टर के लिए अनुदेश

इसमें आरसीएच रजिस्टर के प्रत्येक डॉटा फील्ड में जानकारी दर्ज करने हेतु निर्देश दिए गए है। पांच अनुक्रमणिकाएं यथा (1) उपकेन्द्र स्तर पर एनिमिया का प्रबंधन (2) गर्भावस्था के दौरान फण्डल की ऊंचाई का मापन (3) संभावित हितग्राहियों की गणना (4) टीकाकरण पश्चात् प्रतिकूल घटनाओ की परिभाषा (5) स्वास्थ्य संस्था पर गर्भवती महिला द्वारा प्रसवपूर्व सेवाओं की जांच हेतु की गई विजिट के लिए अनुदेश पुस्तिका को सुलभ संदर्भ हेतु जोडा गया है।

अध्याय–2 : प्रयुक्त शब्दों की कार्यकारी परिभाषा

इस में एएनएम के सहयोग के लिए और रजिस्टर जानकारी की एकरूपता के लिए आरसीएच रजिस्टर में प्रयुक्त शब्दों की कार्यकारी परिभाषाएं दी गई है।

अध्याय–3 उपकेन्द्र स्तर पर प्रसवपूर्व व प्रसवपश्चात सेवाऐं

इसमें उप स्वास्थ्य केंदग पर प्रदान की जाने वाली सेवाओं जैसे – गर्भावस्था, बच्चे के जन्म व प्रसवोत्तर काल में जटिलताओं की प्रारम्भिक पहचान एवं उनका प्रबंधन, प्रसूति देखभाल का विवरण दिया गया है।

4. आरसीएच रजिस्टर और निर्देश पुस्तिका

4.1 सामान्य निर्देश

1. प्रत्येक आरसीएच रजिस्टर 1000 की जनसंख्या के लिए 2 वर्षों तक सेवा प्रदान करने हेतु र्प्यापत होगा। यदि हितग्राहियों की संख्या वर्तमान में मौजूद रजिस्टर से ज्यादा है, तो एक और रजिस्टर खोला जा सकता है लेकिन जब तक प्रथम रजिस्टर में दर्ज हितग्राहियों को राष्ट्रीय कार्यक्रमों के अनुसार समस्त सेवाऐं पूर्ण नहीं होती, इस रजिस्टर को नियमित काम में लिया जाना चाहिए।
2. प्रत्येक वीएचएनडी स्थल/टीकाकरण स्थल/ सत्र हेतु पृथक पृथक आरसीएच रजिस्टर बनाया जाना चाहिए।
3. यदि गांव/क्षेत्र में एक से अधिक वीएचएनडी सत्र/टीकाकरण सत्र आयोजित हो रहे है तो सत्रों की संख्या के अनुसार ज्यादा संख्या में आरसीएच रजिस्टर का उपयोग किया जाए और उसके समस्त हितग्राहियों के साथ–साथ पास की फलिया/मजरा/टोला के आभार्थियों का भी रिकार्ड रखना होगा, यदि वह इन विशेष सत्रों में उपस्थित हो रही है।
4. यदि फलिया/मजरा/टोला में अलग से वीएचएनडी सत्र/टीकाकरण सत्र आयोजित हो रहे है तो उनके आभार्थियों के लिए पृथक रजिस्टर बनाया जा सकता है।
5. एएनएम को अपने गांव/क्षेत्र के संभावित हितग्राहियों की गणना कर उनकी संख्या प्रो पेज पर लिखनी है। यह रजिस्टर दो वर्ष के लिए है, यदि हितग्राहियों की संख्या में काई बदलाव होता है तो उस वर्ष के लिए उसी कॉलम में संशोधन कर लिखा जाए।
6. प्रत्येक योग्य दम्पत्ति की आरसीएच आईडी पोर्टल द्वारा जनरेट होगी और उसके प्रजनन काल के लिए यही आई.डी. उपयोग मे लाई जाएगी।
7. भविष्य में महिला के गर्भवती होने पर उसकी आरसीएच आईडी वही रहेगी जो योग्य दम्पत्ति रजिस्ट्रेशन के समय जारी की गई है। लेकिन आरसीएच रजिस्टर में गर्भवती महिला की ट्रेकिंग वाले इण्डेक्स में नयी क्रम संख्या दी जायेगी।
8. प्रत्येक जिवित जन्म के लिए आरसीएच आईडी नम्बर अलग से जनरेट होगा।
9. आरसीएच आईडी नहीं होने पर भी स्वास्थ्य संस्थाएं किसी भी महिला/बच्चे को सेवा देने से मना नहीं कर सकेगी।

10. आरसीएच रजिस्टर में हितग्राहप के पंजीएन की तिथी और हितग्राही को प्रदान की गई सेवा विवरण को आरसीएच पोर्टल में दर्ज करने कि तिथी भिन्न हो सकती है। यह सेवा देने एवं पोर्टल पर डॉटा एन्ट्री के समय अन्तराल के कारण हो सकता है।
11. आरसीएच रजिस्टर के प्रत्येक भाग के इन्डेक्स में हितग्राहियों की लाइन लिस्टींग की जाना है।
12. प्रत्येक हितग्राही को प्रदान की गई सेवा सम्बन्धित हितग्राही की क्रम संख्या के सामने रिकार्ड की जानी है।
13. कुछ सेवाओं की जानकारी दर्ज करने के लिए दिये गये विकल्प मे से लागू होने वाले विकल्प के अनुरुप सेवा विवरण दर्ज किया जाना चाहीए।
14. दिनांक dd/mm/yyyy में लिखना चाहिए।
15. इस दियानिर्देश के अध्याय 2 में प्रयुक्त शब्दों की परिभाषा हेतु संदर्भ काम में लिया जाना चाहिए।
16. एएनएम के द्वारा प्रसवपूर्व और प्रसव पश्चात् सेवा प्रदायगी के लिये अध्याय 3 में विस्तृत विवरण दिया गया है।

4.2 : योग्य दम्पत्ति प्रपत्र के लिए सामान्य निर्देश

1. योग्य दम्पत्ति द्वारा प्रयोग में लिए जा रहे गर्भनिरोधक साधनों हेतु मासिक फॉलोअप जांच के प्रथम वर्ष का विवरण ईसी–2 प्रपत्र में, और द्वितीय वर्ष के लिए ईसी–2ए प्रपत्र में रिकार्ड किया जाना चाहिए। इसी–2 व ईसी–2A प्रपत्र में क्रम संख्या समान रहेगी, साथ ही ईसी–2 व ईसी–2 A प्रपत्र में सूचना रिकार्ड करने के निर्देश भी समान रहेंगे।
2. महिला को गर्भधारण के 12 सप्ताह तक फोलिक एसिड (400ug) की एक गोली प्रतिदिन लेने हेतु सलाह देनी है, इससे नवजात की न्यूरल ट्यूब दोष रोकने में मदद मिलेगी।
3. 'पुरूष नसबन्दी' के फलस्वरूप 3 माह पश्चात् (चिकित्सा अधिकारी से नसबन्दी का प्रमाण–पत्र प्राप्त होने पर) योग्य दम्पत्ति नही माना जायेगा। 'महिला नसबन्दी' के फलस्वरूप 3 माह पश्चात् (चिकित्सा अधिकारी से नसबन्दी का प्रमाण–पत्र प्राप्त होने पर) योग्य दम्पत्ति नही माना जायेगा। इसके पश्चात् उन स्थाई साधन अपनाने वाले दम्पत्यिों के लिए गर्भनिरोधक साधनों की आगे की मासिक विजिट की आवश्यकता नहीं होगी।

4.3 : गर्भवती महिला प्रपत्र के लिए सामान्य निर्देश

1. किसी भी महीनें में दी गई जनसंख्या के अनुसार संभावित प्रसवों की संख्या से लगभग आधे प्रसव आरसीएच रजिस्टर में रजिस्टर्ड होने चाहिए। कुछ महिलाएं प्राइवेट संस्थाओं से सेवाएं ले सकती है, यह सुनिश्चित करें कि उन महिलाओं के नाम के साथ संस्था का नाम जहां पर सेवाऐं ली गई है तो उस सेवा का इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में किया गया है।
2. यदि हितग्राही द्वारा प्राइवेट अस्पताल/संस्था से सेवा प्राप्त की गई हो तो एएनएम द्वारा उन हितग्राहियों को उनके और मेडिकल रिकार्ड के आधार पर उपलब्ध करवाये गये सेवा के

विवरण/हितग्राहियों द्वारा प्रदान की गई जानकारी को आरसीएच रजिस्टर में रिकार्ड की जानी चाहिए।

3. यदि वैवाहिक स्थिति के विवरण में गर्भवती महिला पति के नाम का खुलासा नहीं करना चाहती हो तो सम्बन्धित कॉलम में 'लागू नही' लिखा जाए। (पति के नाम का खुलासा करने पर जोर नही दिया जाना चाहिए)।
4. एएनएम की फील्ड विजिट के दौरान किसी भी महिला के गर्भधारण की जानकारी मिलती है तो उसे एएनसी की सेवाएं दी जानी है, भले ही पूर्व में उस महिला का आरसीएच रजिस्टर में पंजीयन न हुआ हो।
5. प्रसवपूर्व जांच के लिए मानक प्रोटोकॉल प्रथम जांच – 12 सप्ताह तक, द्वितीय जांच – 13से 26 सप्ताह तक, तृतीय जांच – 27 से 34 सप्ताह तक और चतुर्थ जांच – 35 सप्ताह से प्रसवकाल तक मानी जाएगी। एएनसी किसी भी दो जांचो के मध्य कम से कम 4 सप्ताह का अंतर होना आवश्यक है।
6. हाई रिस्क प्रेगनेन्सी में गर्भवती महिला एएनसी की जांच हेतु स्वास्य केन्द्र पर चार से ज्यादा विजिट कर सकती है, तो उसे जटिलता की स्थिति में समस्त आवश्यक सेवाऐं उपलब्ध कराई जाना चाहिए।
7. यदि गर्भवती महिला को पिछली प्रेगनेन्सी के दौरान (गत तीन वर्ष में) टीटी के दो टीके (टी. टी.1 व टी. टी.2) लगाये गये हो, तो उसे केवल टीटी की डोज 'बूस्टर डोज' ही दी जानी चाहिए।
8. डप स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर जांच के दौरान गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं की एएनसी/पीएनसी जांच के दौरान एनेमिया की जांच की अकनवार्यरुप से की जाना चाहिए। यदि एचबी का स्तर 9 से 11 ग्राम हो तो उपकेन्द्र स्तर पर एएनएम द्वारा एनेमिया का प्रबंधन सुनिश्चित किया जाना चाहिए।
9. गर्भपात की जानकारी दर्ज करने के लिए गर्भवती महिला का आरसीएच रजिस्टर में पंजीयन कर गर्भपात (स्वतः/प्रेरित) का विवरण और गर्भावस्था की अवधि पूर्ण सप्ताह में सम्बन्धित कॉलम में दर्ज की जाना चाहिए।
10. घरेलू प्रसव के मामलों में प्रसव के दिन, तीसरे दिन, सातवें दिन, चौदहवें दिन, इक्कीसवें दिन, अठाइसवें दिन और बयालिसवें दिन पीएनसी की जांच की जानी चाहिए। संस्थागत प्रसव होने पर महिला के संस्था से डिस्चार्ज के 2 दिन पश्चात् छः जांचे तीसरे दिन, सातवें दिन, चौदहवें दिन, इक्कीसवें दिन, अठाइसवें दिन और बयालिसवें दिन पर की जानी चाहिए। प्रसव पश्चात् जांच (पीएनसी) माता व नवजात शिशु दोनो की की जाना चाहिए। यदि बच्चा मृत (मृत जन्म) पैदा हुआ है अथवा बच्चे की मृत्यु 42 दिन में हो जाती है, तब भी माता के लिए पीएनसी की विजिट की जानी चाहिए।

4.4 : बच्चे के प्रपत्र के लिए सामान्य निर्देश

1. जहां पर माता–पिता का नाम उपलब्ध नहीं है (उदाहरण के लिए अनाथ बच्चे), वहा पर 'बच्चे का नाम – (बेबी का नाम)/की आया (का नाम) लिखे।

2. टीकाकरण के पश्चात् किसी भी प्रतिकूल घटना की सूचना (गंभीर/गैर–गंभीर) दी जाती है तो दी गई उस विशेष वैक्सीन का विवरण लिखा जाना चाहिए, जैसे वैक्सीन का नाम, एक्सपायरी दिनांक, बैच नम्बर और निर्माता का नाम आदि।
3. सीएच प्रपत्र–3 के कॉलम 29 से 31 केवल एक बार ही भरा जाना है, जब 9 से 12 माह के मध्य मिजल्स/विटामिन 'ए' की प्रथम डोज के लिए जब बच्चा आता है। इसके बाद की विजिट में इन कॉलम्स (29 से 31) में कोई और जानकारी नहीं भरी जानी चाहिए।
4. 9 से 12 माह के मध्य जब बच्चा मिजल्स/विटामिन 'ए' की प्रथम डोज के लिए आता है तो उसी दिन सीएच प्रपत्र–3 के कॉलम 32 में भी जानकारी एक बार ही भरी जानी है। ड्यू वैक्सीन व विटामिन 'ए' देने के बाद बच्चे का वजन भी लिया जाना है तथा माता से पूछना है कि विजिट दिनांक से पिछले 15 दिवस में डायरिया और निमोनिया (बुखार और तेज सांस लेने/चेस्ट इन ड्राइंग) तो नहीं हुआ है, तद्‌नुसार कॉलम 32 में लिखना चाहिए।
5. जब बच्चा 16 से 24 सप्ताह के मध्य वैक्सीन की ड्यू बूस्टर डोज (उदाहरण के लिए आपीवी बूस्टर, डीपीटी बूस्टर 1, मिजल्स 2, विटामिन 'ए' की II डोज) के लिए आता है तो उसी दिन सीएच प्रपत्र–3 के कॉलम 33 में भी एक बार ही भरा जाना है। ड्यू वैक्सीन व विटामिन 'ए' देने के बाद बच्चे का वजन भी लिया जाना है तथा माता से पूछना है कि विजिट दिनांक से पिछले 15 दिवस में डायरिया और निमोनिया (बुखार और तेज सांस लेने/चेस्ट इन ड्राइंग) तो नही हुआ है, तद्‌नुसार कॉलम 33 में लिखना चाहिए।

अध्याय –1
आरसीएच रजिस्टर के सैक्शन एवं कॉलमवार निर्देश

रजिस्टर का अध्याय–1 **कवर पेज** व **तीन सेक्शनों** में विभक्त किया गया हैः यथा **सेक्शन–** I योग्य दम्पत्तियों (ईसी) की ट्रेकिंग एवं गर्भनिरोधक साधनों का प्रयोग, **सेक्शन–II** गर्भवती महिला (पीडब्लू) की ट्रेकिंग और **सेक्सन–III** बच्चों की (सीएच) ट्रेकिंग। इस अध्याय में सेक्शनवार व कॉलमवार सूचना भरने हेतु एएनएम के लिए निर्देश दिए गए है।

1.1 रजिस्टर का प्रोफाईल पेज

शीर्षक	सूचना भरने हेतु निर्देश
राज्य	राज्य का नाम लिखे
जिला	जिले का नाम लिखे
ब्लॉक(1)	ब्लाक का नाम लिखे
सामु. स्वा. केन्द्र(1)	सामु. स्वा. केन्द्र का नाम लिखे
प्रा. स्वा. केन्द्र(1)	प्रा. स्वा. केन्द्र का नाम लिखे
उपकेन्द्र	उपकेन्द का नाम लिखे
गांव/क्षेत्र	गांव/क्षेत्र का नाम लिखे
गांव/क्षेत्र की जनसंख्या	गांव/क्षेत्र की कुल जनसंख्या लिखे
कुल योग्यदम्पत्तियो की संख्या	गांव/क्षेत्र के कुल योग्यदम्पत्तियों की संख्या लिखे
वर्ष में संभावित गर्भवती महिलाएं	वर्ष में संभावित गर्भवती महिलाओं की संख्या लिखे
वर्ष में संभावित शिशु	वर्ष में संभावित शिशुओं की संख्या लिखे।
एएनएम का नाम	एएनएम का नाम लिखे।
एएनएम का मोबाइल नम्बर	एएनएम का मोबाईल नम्बर लिखे।
एएनएम का आधार नम्बर	एएनएम का आधार नम्बर लिखे।
संबद्ध आशा का नाम	संबद्ध आशा का नाम लिखे।
आशा का मोबाईल नम्बर	आशा का मोबाईल नम्बर लिखे।
आशा का आधार नम्बर	आशा का आधार नम्बर लिखे।
आगनवाडी कार्यकर्ता का नाम	आंगनवाडी कार्यकर्ता का नाम लिखे।
आगनवाडी कार्यकर्ता का मोबाइल नम्बर	आंगनवाडी कार्यकर्ता का मोबाइल नम्बर लिखें।
एमपीडब्ल्यू का नाम	एमपीडब्ल्यू का नाम लिखें।
एमपीडब्ल्यू का मोबाइल नम्बर	एमपीडब्ल्यू का मोबाइल नम्बर लिखें।
नजदीकी प्रा. स्वा. केन्द्र (24X7) का नाम व फोन नम्बर	नजदीकी प्रा. स्वा. केन्द्र (24X7) का नाम व फोन नम्बर लिखें।
प्रथम संप्रेक्षण इकाई (एफआरयू) का नाम व फोन नम्बर	प्रथम संप्रेक्षण इकाई (एफआरयू) का नाम व फोन नम्बर लिखें।
एम्बूलेन्स/यातायात के साधन का फोन नम्बर	नजदीकी क्षेत्र की एम्बूलेन्स/ यातायात के साधन का फोन नम्बर।
नेशनल कॉल सेन्टर के टोल फ्री फोन नम्बर	10588

- शहरी क्षेत्र की समान प्रकार की स्वास्थ्य संस्था का नाम लिखना है।
- संदर्भ 4.3 के क्रम में योग्यदम्पत्ति, गर्भवती महिला और शिशुओं की संभावित संख्या/गणना।

भाग–1

योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग

1.2 Eligble couple की Tracking एवं गर्भ निरोधक साधनों का उपयोग

1.2.1 Eligble couple की Tracking का Index के कॉलमवार निर्देश

Table 2– Eligble couple के Index के कॉलमवार निर्देश

स.	शीर्षक	सूचना रिकार्ड करने के निर्देश
1	क्रम संख्या	क्रम संख्या से आशय प्रत्येक पंजीकृत महिला/योग्य दम्पत्ति के लिए चालू क्रम संख्या (उदाहरण के लिए 1,2,3,4 और आगे...) होगी। प्रत्येक महिला/योग्य दम्पत्ति का प्रदान की गई सेवाओं को उस महिला/योग्य दम्पत्ति के क्रम संख्या के सामने वाली पंक्ति में लिखना है।
2	महिला के एमसीटीएस/ आरसीएच आईडी नं.	यदि महिला/दम्पत्ति से प्रथम सम्पर्क हुआ है तो उनका विवरण भाग–1 में लिखे और उन्हे एमसीटीएस/आरसीएच पार्टल पर रजिस्टर्ड करवा ले। केवल एमसीटीएस/आरसीएच पार्टल पर उपलब्ध महिलाओं का ही एमसीटीएस/ आरसीएच आईडी नम्बर जनरेट होगा। इस आईडी नम्बर को नोट कर कॉलम में लिखे। एमसीटीएस आई नंबर महिला की संपूर्ण प्रजनन काल (49वर्ष तक की आयु) एक ही रहेगा।
3	महिला का नाम	महिला/योग्य दम्पत्ति की पत्नी का नाम लिखे।
	पति का नाम	योग्य दम्पत्ति के पति का नाम लिखे। यदि पति का नहीं बताया गया है तो "Not applicable" लिखें*
4	महिला के आधार संख्या एवं बैंक का विवरण	
	आधार संख्या/ उपलब्ध नहीं	महिला का आधार संख्या लिखें यदि उसके पास आधार संख्या नहीं है तो "उपलब्ध नहीं" लिखे (NA लिखे)
	बैंक खाता संख्या/ उपलब्ध नहीं	महिला के बैंक खाते की संख्या लिखे। यदि उसके पास बैंक खाता नहीं है तो "उपलब्ध नहीं" लिखे (NA लिखे)
	बैक का नाम और शाखा उपलब्ध नहीं	महिला का जिस बैंक में बचत खाता है, उस बैंक का नाम और शाखा लिखें। यदि उसके पास बैंक खाता नहीं है तो "उपलब्ध नहीं" लिखे (NA लिखे)
5	पुरूष के आधार संख्या एवं बैंक का विवरण	
	आधार संख्या/ उपलब्ध नहीं	पुरूष का आधार संख्या लिखें यदि उसके पास आधार संख्या नहीं है तो "उपलब्ध नहीं लिखे (NA लिखे)
	बैंक खाता संख्या/ उपलब्ध नहीं	पुरूष के बैंक खाते की संख्या लिखे। यदि उसके पास बैंक खाता नहीं है तो "उपलब्ध नहीं लिखे (NA लिखे)

	बैक का नाम और शाखा उपलब्ध नहीं	पुरूष का जिस बैंक में बचत खाता है, उस बैंक का नाम और शाखा लिखें। यदि उसके पास बैंक खाता नहीं है तो ''उपलब्ध नहीं'' लिखे (NA लिखे)
6	पति/महिला/अन्य विवरण दें का मोंबाईल नम्बर	पति/महिला या परिवार के किसी अन्य सदस्य का मोबाईल नम्बर लिखें। यदि दिया गया मोबाईल नम्बर परिवार के किसी सदस्य का है तो उसका सम्बन्ध कोष्ठक में लिखें। कृपया इस कालम को खाली न छोड़ें। **मोंबाईल नम्बर लिखना आवश्यक हैं।**
7	पेज नम्बर **	वह पेंज नम्बर लिखे जिस पर महिला/योग्य दम्पत्ति का विवरण रिकार्ड किया गया है। उदाहरणः– यदि कोई महिला/योग्य दम्पत्ति का Index के कम संख्या 12 पर है और उनकी विस्तृत जानकारी रजिस्टर के पेज नम्बर 15 पर लिखी हुई है, तो यहाँ पर 15 लिखे।

NA – उपलब्ध नहीं

*यदि पति का नाम बताया नहीं गया है, तो, ''Not applicable'' लिखे।

** इस रजिस्टर का पेज नम्बर (जिस पर महिला/योग्य दम्पत्ति का विवरण रिकार्ड है)

1.2.2 योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग और गर्भ निरोधक साधनो का उपयोग (EC-1)

क्र. स.	शीर्षक	सूचना रिकार्ड करने के निर्देश
1	क्रम संख्या	महिला/योग्य दम्पत्ति का जो क्रम संख्या, इस Section–1 के index में लिखा है वही यहाँ भी लिखें। उदाहरण :– यदि Section–1 के index में किसी महिला/योग्य दम्पत्ति को क्रम संख्या 5 दिया गया है, तों योग्य दम्पत्ति–1 में भी यह 5 ही होगा। इस महिला/योग्य दम्पत्ति के क्रम संख्या के सामने की पक्ति में इस महिला/योग्य दम्पत्ति का विवरण रिकार्ड करें।
2	महिला की एमसीटीएस/ आरसीएच आईडी *	यदि महिला/दम्पत्ति पहली बार आया है, तो उनका विवरण Section –1 में लिखे और उन्हे एमसीटीएस/आरसीएच पार्टल पर रजिस्टर करवा ले। केवल एमसीटीएस/आरसीएच पोर्टल पर उपलब्ध महिलाओं की ही एमसीटीएस/आरसीएच आईडी Generate होगी। इस आईडी को वहाँ से उतारे और इस कॉलम में लिखे।
3	रजिस्ट्रेशन की दिनांक #	वह दिनांक लिखे जिस पर योग्य दम्पत्ति इस आरसीएच रजिस्टर मे पहली बार रजिस्टर हुआ है।
4	महिला का विवरण	
	नाम	महिला का नाम लिखे
	वर्तमान आयु (वर्षो में)	रजिस्ट्रेशन के समय महिला/पत्नी की आयु (वर्षो में) लिखें।
	विवाह के समय आयु (वर्षो में)**	विवाह के समय की आयु (पूर्ण वर्षो में) लिखें। यदि वैवाहिक स्थिति नहीं बतलायी गयी है तो "Not applicable" लिखें* उदाहरण :– यदि महिला/पत्नी की विवाह के समय आयू 19 वर्ष थी व अब 20 वर्ष है, तो यथास्थान पर 20-19 लिखें।
5	पति का विवरण	
	पति का नाम**	पति का नाम लिखे। यदि पति का नाम नहीं बताया नहीं गया है तो "Not applicable" लिखें और क्रम संख्या 5 के सभी तीन कॉलम्स में लिखें।
	वर्तमान आयु (वर्षो में)	रजिस्ट्रेशन के समय पुरूष/पति की आयु (वर्षो में) लिखें।
	विवाह के समय आयु (वर्षो में)**	विवाह के समय की आयु (पूर्ण वर्षो में) लिखें। यदि वैवाहिक स्थिति नहीं बतलायी गयी है तो "Not Applicable" लिखें* उदाहरण :– यदि पुरूष/पति के विवाह के समय आयु 21 वर्ष थी व अब 22 वर्ष है, तो यथा स्थान पर 22 और 21 लिखें।
6	पता	योग्य दम्पत्ति महिला का पूर्ण पता लिखें।

7	धर्म	योग्य दम्पत्ति का धर्म(हिन्दू/मुस्लिम/सिख/ईसाई) लिखें। यदि कोई अन्य धर्म है तो ''अन्य'' लिख कर विवरण दे।
8	जाति (एस.सी/ एस.टी /अन्य)	योग्य दम्पत्ति की जाति उस कॉलम में लिखें। यदि एस.सी/एस.टी के अलावा कोई जाति है तो''अन्य'' लिखें।
9	बीपीएल/एपीएल	राज्य के नियमों के अनुसार लिखें कि महिला बीपीएल श्रेणी की है या एपीएल श्रेणी की है।

Table - 3 Eligible couple-1 Format के column *wise* निर्देश :–

क्र. सं.	शीर्षक	सूचना रिकार्ड करने के निर्देश
10	कुल जन्में बच्चों की संख्या	मृत जन्मों को सम्मिलित करते हुए महिला द्वारा जन्में कुल बच्चों की संख्या (मेल/फीमेल दोनों) लिखे। (रजिस्ट्रेशन की दिनांक से पहले)
	मेल	मेल जन्में बच्चों की संख्या लिखे।
	फीमेल	फीमेल जन्में बच्चों की संख्या लिखे। उदाहरणः–यदि महिला के रजिस्ट्रेशन से पहले से दो बच्चे है (एक मेल और एक फीमेल) तो मेल–1, फीमेल–1 लिखे । यदि रजिस्ट्रेशन से पहले कोई बच्चा नहीं जन्मा था तो मेल–0 फीमेल–0 लिखे।
11	जीवित बच्चों की संख्या	जीवित बच्चे/बच्चों की कुल संख्या एवं लिंग (मेल/फीमेल) लिखें। उदाहरणः–यदि महिला के एक फीमेल बच्ची है, तो मेल–0 और फीमेल–1 लिखें यदि एक मेल एवं एक फीमेल बच्चा है तो मेल–1, फीमेल–1 लिखे।
	मेल	मेल– जीवित मेल बच्चों की संख्या लिखें।
	फीमेल	फीमेल– जीवित फीमेल बच्चों की संख्या लिखें।
12	सबसे छोटे बच्चें का विवरण	सबसे छोटे बच्चें की उम्र व लिंग (मेल/फीमेल)।
	सबसे छोटे बच्चें की आयु	सबसे छोटे बच्चें की उम्र पूर्ण वर्षो/महीनों में लिखे।
	लिंग (मेल/फीमेल)	सबसे छोटे जीवित बच्चे का लिंग लिखें उदाहरणः–यदि सबसे छोटा जीवित बच्चा दो साल की फीमेल है तो लिखे फीमेल–2 वर्ष।
13	यदि योग्य दम्पत्ति बांझ है, FRU/DH में रैफर करें	यदि योग्य दम्पत्ति बांझ है (बांझ की परिभाषा के लिए चैप्टर 2, क्रम संख्या 34 देखें) तो उस योग्य दम्पत्ति को FRU/DH/MCH में रैफर करें जहाँ बांझ का प्रबन्धन होता है। उसके अनुसार रेफर किए जाने का स्थान लिखें।

*	एमसीटीएस/आरसीएच पोर्टल से जब यह योग्य दम्पत्ति के लिए चालू हो जाए

**	यदि विवाह की स्थिति नहीं बताई है तो "Not Applicable" लिखे।

**	यदि पति का नाम की स्थिति नहीं बताई है तो "Not Applicable" लिखे।

#	दिनांक dd/mm/yyyy में लिखें, जहाँ भी पूछी गई हो।

नोटः– आरसीएच रजिस्टर दो वित्तीय वर्ष के काम में लिया जाना है, योग्य दम्पत्ति की गर्भ निरोधक के उपयोग के लिए किये गए मासिक जांच भ्रमण के प्रथम वर्ष के विवरण को योग्य दम्पत्ति–2 प्रपत्र में लिखना है और योग्य दम्पत्ति के दूसरे वर्ष के विवरण को योग्य दम्पत्ति –2A प्रपत्र में लिखना है। योग्य दम्पत्ति–2 प्रपत्र के कॉलम की Heading & Column की संख्या एक जैसी है, इसलिए, दोनो योग्य दम्पत्ति–2 &योग्य दम्पत्ति –2A प्रपत्र में जानकारी भरने के निर्देश भी एक से है।

❑❑❑

1.2.3 योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग और गर्भ निरोधक साधनो का उपयोग (Ec-2 & Ec-2A)

Table –4 Eligible couple –2& Eligible couple -2A format की Column wise निर्देश :–

क्रंस.	शीर्षक	सूचना भरने हेतु निर्देश
	मासिक भ्रमण (अप्रैल से मार्च के वित्तीय वर्ष में 12 भ्रमण)	रजिस्ट्रेशन करने व योग्य दम्पत्ति–1 फॉरमेट में योग्य दम्पत्ति का विवरण भरने के बाद एएनएम/आशा, योग्य दम्पत्ति के घर पर प्रति माह भ्रमण करेगी व कॉलम नम्बर 14 व 15 में जानकारी भरेगी।
14	परिवार नियोजन साधनों का उपयोग	प्रत्येक भ्रमण के पश्चात् भ्रमण की दिनांक (dd/mm/yyyy) लिखे और योग्य दम्पत्ति से पूछे कि वह परिवार नियोजन का कौन सा साधन इस्तेमाल कर रहें है। निम्न साधनों में से कौन सा साधन इस्तेमाल किया गया है, लिखें। यदि जोड़ा एक से अधिक साधन इस्तेमाल कर रहा है तो उन सभी को लिखें। (a) कंडोम (b) ऑरल पिल्स (c) आईयूसीडी निवेशन 380A (10 वर्ष) (d) आईयूसीडी निवेशन 375 (5वर्ष) साधन का नाम 'शब्दो में लिखे। कोड (a,b,c) न लिखे। उदाहरण 1 –यदि योग्य दम्पत्ति 'कंडोम' व 'Emergency pills' इस्तेमाल कर रहा है तो उन दोनो को इस कालम मे लिखे। कंडोम व ''Emergency pills'' उदाहरण 2–यदि पत्नी ने स्थायी साधन नसबन्दी का इस्तेमाल किया है तो लिखे (महिला नंसबन्दी)
15	गर्भवती की जॉच(+/-/ नहीं की गयी)	प्रत्येक भ्रमण के दौरान पत्नी/महिला से पूछे कि क्या वह गर्भवती है। यदि वह हाँ कहे या उसे संदेह हो कि वह गर्भवती है। तो उसका 'Rapid Pregnancy Test' करें व उसका परिणाम (+ve/-ve) लिखें। गर्भावस्था की जॉच केवल'' संदिग्ध गर्भावस्था'' के केस में करनी है। यदि गर्भावस्था की जॉच पॉजिटिव है तो इस कॉलम में नतीजा (+ve) लिखें एवं गर्भवती महिला का विवरण इस रजिस्टर के Section-II (गर्भवति महिला की ट्रेकिंग) में लिखें। यदि गर्भावस्था की जॉच –ve है तो मासिक फॉलोअप जारी रखें और योग्य दम्पत्ति द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले गर्भ निरोधक का विवरण फॉरमेट (Eligible couple –2& Eligible couple -2A) कें कॉलम 14 में लिखें। यदि pregnancy Test kit उपलब्ध नहीं है तो प्राप्त करने की कोशिश करे और महिला के गर्भधारण की जांच करें। यदि महिला गर्भवती है तो उसे Folic Acid/400mg की एक गोली शीघ्र लेने की सलाह दें, जब तक वह 12 सप्ताह की गर्भवती न हो जाए। इस गोली का सेवन नवजात में Neural Tube defect को रोकने में सहायक होगा।

* यदि रजिस्टर मे –ve है तो मासिक फॉलोअप जारी रखें। यदि गर्भवती है तो इसका विवरण इस रजिस्टर के भाग–II में लिखें।

** ECP रोज इस्तेंमाल किया जाने वाला गर्भ निरोधक नहीं है। इसे केवल इमरजेंसी मे प्रयोग करना चाहिए।

नोट–: पुरूष नसबन्दी के केस में योग्य दम्पत्ति को मेडिकल ऑफिसर से नसबन्दी का प्रमाण पत्र मिलने के तीन माह बाद माना जाता है व महिला नसबन्दी के केस में योग्य दम्पत्ति को मेडिकल ऑफिसर से नसबन्दी का प्रमाण पत्र मिलने के दो माह बाद माना जाता है। इस समयावधि के बाद ऐसे स्थाई साधन अपनाने वाले जोडे के लिए गर्भनिरोधक साधनों की जानकारी हेतू मासिक भ्रमण की आवश्यकता नहीं है।

भाग–2

गर्भवती महिलाओं की ट्रेकिंग

1.3 खण्ड–द्वितीय गर्भवती महिलाओ की ट्रेकिंग

1.3.1 गर्भवती महिलाओं की Tracking का Index (Pregnant Women)

Table-5:- गर्भवती महिलाओं के Index के कॉलमवार निर्देश

क्र.स.	शीर्षक	सूचना भरने हेतु निर्देश
1	क्रम संख्या	इस रजिस्टर में प्रत्येक पंजीकृत गर्भवती महिला के लिए क्रम संख्या (उदाहरण के लिये 1,2,3,4 और भी आगे) चालू क्रम संख्या के नाम से जानी जायेगी। गर्भवती महिला की क्रम संख्या इस रजिस्टर के भाग–1 (योग्य दम्पित्तियों की ट्रेकिंग) में आवंटित संख्या से भिन्न हो सकती है। प्रत्येक गर्भवती महिला को प्रदान की गई सेवाओं को उस गर्भवती महिला के क्रम संख्या के सामने वाली लाइन में लिखना हैं। जब भी महिला गर्भवती होगी, उसे एक नयी क्रम संख्या दी जायेगी चाहे वह पहले से ही पूर्व प्रिगनेन्सी के लिये पंजीकृत हुई है।
2	गर्भवती महिला की एमसीटीएस/आरसीएच ID No.[1]	इस रजिस्टर में इस गर्भवती महिला को भाग–I (योग्य दंपत्तियों की ट्रेकिंग) में समान एमसीटीएस/आरसीएच आई डी नम्बर आवंटित किया जाना है। यहां तक कि वह महिला 2nd और 3rd गर्भधारण के पंजीकृत होती है। तो भी एमसीटीएस/आरसीएच ID No. समान रहेगी।
3	गर्भवती महिला का नाम	गर्भवती महिला का नाम लिखे
4	पति का नाम[2]	गर्भवती महिला के पति का नाम लिखे। यदि पति का नाम Disclosed नहीं किया गया है तो ''Not applicable'' लिखे।
5	गर्भवती महिला के आधार संख्या एवं बैंक का विवरण	
	आधार संख्या/उपलब्ध नहीं	गर्भवती महिला का आधार संख्या लिखें यदि उसके पास आधार संख्या नहीं है तो ''उपलब्ध नहीं'' लिखें (NA लिखे)
	बैंक खाता संख्या/उपलब्ध नहीं	गर्भवती महिला के बैंक खाते की संख्या लिखें। यदि उसके पास बैंक खाता नहीं है तो जन–धन योजना अंतर्गत उसका बैंक खाता खुलवायें।
	बैंक का नाम और शाखा/ उपलब्ध नहीं	गर्भवती महिला का जिस बैंक में बचत खाता है, उसे बैंक का नाम और शाखा लिखें।
6	जेएसवाई(जननी सुरक्षा योजना) लाभान्वितों का विवरण	
	जेएसवाई लाभान्वित हाँ/नहीं	राज्य के नियमों के अनुसार समस्त महिलाओं को शासकीय संस्था में प्रसव कराने पर जेएसवाई योजना का लाभ प्रदान किया जाना है
	भुगतान मिला[3] हां/नहीं	यदि गर्भवती महिला जेएसवाई लाभान्वित है और उसे जेएसवाई का भुगतान प्राप्त किया है तो 'हां' लिखें नहीं प्राप्त किया तो 'नहीं' लिखें।

		जेएसवाई के भुगतान की दिनांक और लिखे।
7	पेज नंबर[4]	इस रजिस्टर का वह पेज नंबर लिखें जिस पर गर्भवती महिला का विवरण रिकार्ड किया गया है। उदा– यदि कोई गर्भवती महिला Index के क्रम संख्या 20 पर है और उनकी विस्तृत जानकारी रजिस्टर के पेज नंबर 25 पर लिखी हुई है, तो इस कालम में 25 लिखें।

1. गर्भवती महिला का आईडी नंबर वही रहेगा जो उसका इस रजिस्टर में भाग –1 के अंतर्गत एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नंबर था। यदि किसी महिला के पास एमसीटीएस/ आरसीएच आईडी नंबर नहीं है तो भी उसे स्वास्थ्य सेवायें प्रदान करने से मना नहीं किया जा सकता।
2. यदि पति का नाम नहीं बताया है तो 'Not Applicable' लिखें।
3. केवल जेएसवाई लाभान्वितों के लिये मान्य।
4. इस रजिस्टर का वह पेज नंबर जिस पर गर्भवती महिला का विवरण लिखा गया है।

1.3.2 गर्भवती महिलाओं की Tracking (Pregnant Women-1)

Table-5:- **गर्भवती महिलाओं के कॉलमवार** (Pregnant Women-1) **निर्देश**

क्र. सं.	शीर्षक	सूचना भरने के निर्देश
1	क्रम संख्या	संबंधित गर्भवती महिला की वही क्रम संख्या लिखे जो भाग–2 के Index में लिखी हुई है। उदाहरणः– यदि गर्भवती महिला का भाग–2 के Index में क्रम संख्या 15 आवंटित है तो यह पीडब्यू–1 में भी 15 होनी चाहिये। प्रत्येक गर्भवती महिला का विवरण संबंधित गर्भवती महिला के सामने पंक्ति में दर्ज करना है।
2	गर्भवती महिला के एमसीटीएस/आरसीएच ID नंबर	गर्भवती महिला को भाग–1 (योग्य दंपत्तियों की ट्रेकिंग) में आवंटित समान एमसीटीएस/आरसीएच आई डी नंबर लिखना है।
3	गर्भवती महिला का नाम	गर्भवती महिला का नाम लिखे
4	पता	गर्भवती महिला का पूर्ण डाक का पता लिखें।
5	पति का नाम	गर्भवती महिला के पति का नाम लिखे। यदि पति का नाम नहीं बताया गया है तो ''Not Applicable'' लिखें।
6	मोबाईल नंबर स्वयं/पति/पड़ौसी/परिवार का विवरण दें।	गर्भवती महिला/पति/पड़ौसी और परिवार के किसी अन्य सदस्य का मोबाईल नंबर लिखें। यदि दिया गया मोबाइल नंबर परिवार के किसी सदस्य का है, तो उसका संबंध कोष्ठक में लिखें। कृप्या इस कॉलम को खाली न छोड़ें। **मोबाईल नंबर लिखना आवश्यक है।**
7	धर्म	गर्भवती महिला का धर्म (हिन्दु/मुस्लिम/सिख/ईसाई) लिखें। यदि कोई अन्य धर्म है, तो ''अन्य'' लिख कर विवरण अंकित करें।
8	जाति (एस.सी/एस.	इस कॉलम में गर्भवती महिला की जाति लिखें। यदि एस.सी/एस.टी के

	टी / अन्य)	अलावा कोई ओर जाति है तो ''अन्य'' केटगिरी में आती है। **नोटः– यदि ''अन्य'' चुना जाता है तो ओबीसी / सामान्य केटिगिरी इत्यादि का विवरण अंकित करें।**
9	बीपीएल / एपीएल	राज्य के मानदण्डों के अनुसार लिखें कि गर्भवती महिला बीपीएल(गरीबी रेखा के नीचे) और एपीएल (गरीबी रेखा के ऊपर) श्रेणी की है।
10	गर्भवती महिला की उम्र (जन्म तिथि)	गर्भवती महिला की जन्मतिथि (dd/mm/yyyy) लिखें। यदि जन्मतिथि ज्ञात नहीं है तो महिला के पंजीकरण के समय की उम्र पूर्ण वर्षों में लिखें। यदि वह 21 वर्ष 3 माह की है तो 21 वर्ष लिखें।
11	LMP की दिनांक	गर्भवती महिला की आखिरी माहवारी के प्रथम दिन की तिथि (dd/mm/yyyy) लिखें। (अनुसूची में रेडीरेकरन का प्रयोग करें।)
12	पंजीकरण की तिथि	जब इस रजिस्टर में आपके द्वारा गर्भवती महिला का पंजीयन किया गया है और गर्भवती महिला का विवरण प्रथम बार अंकित किया गया है, वह दिनांक (dd/mm/yyyy) लिखें। यह तिथि इस गर्भवती महिला का विवरण एमसीटीएस / आरसीएच पोर्टल पर अपलोड करने की तिथि से भिन्न हो सकती है।
13	पंजीयन के समय गर्भावस्था के सप्ताह की संख्या	LMP की तिथी के अनुसार पंजीकरण के समय गर्भास्था के पूर्ण हुए सप्ताह की गणना करें। उदाहरण :– यदि LMP का प्रथम दिन 15.05.2013 था तो वह 07.08.2013 को 12 सप्ताह पूर्ण कर चुकी होगी। यदि वह गर्भवती महिला अपना पंजीयन 19 / 08 / 2013 को कराती है (यानी LMP के अनुसार गर्भावस्था के 14वें सप्ताह में) तो इस कॉलम में 14 सप्ताह लिखें।
14	गर्भावस्था के 12 सप्ताह में पंजीकरण हुआ। हॉं / नहीं	यदि गर्भवती महिला गर्भावस्था के 12 सप्ताह में और इसके पूर्व पंजीकृत होती है तो 'हां' यदि पंजीकरण के समय गर्भावस्था के 12 सप्ताह पूर्ण हो चुके है तो 'नहीं' लिखें
15	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन लेना है और कि.ग्रा. में लिखना है।
16	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD)[(1)]	प्रसव की अनुमानित दिनांक (EDD)[(1)] लिखें । रेडी रेकनर केलेण्डर (भाग–4 की अनुक्रमणिका 4.4) जो स्वतः स्पष्ट है, के आधार पर गणना करें। केलेण्डर की प्रथम पंक्ति LMP का माह व दिनांक बतलाती है और द्वितीय पंक्ति में LMP के अनुसार माह व EDD बतलाती है, तीसरी पंक्ति LMP के लिए, चतुर्थ पंक्ति EDD के लिये और इत्यादि। उदाहरण– यदि LMP के प्रथम दिन 10 / 07 / 2013 है, तब उसकी (EDD) संदर्भित केलेण्डर से 16 / 04 / 2014 होगी।
17	गर्भवती महिला का रक्त समूह (जांच किया <u>परिणाम / जांच</u> नहीं किया।	नजदीकी संस्था जहां पर ब्लड ग्रुप टेस्टिग की सुविधा उपलब्ध है, के लिये गर्भवती महिला को रिफर करें और इन विकल्पों में से परिणाम लिखें: O+ve/ A+ve/ B+ve/ AB+ve/ O-ve/ A-ve/ B-ve/ AB-ve. यदि ब्लड ग्रुप टेस्ट नहीं किया गया है, तो 'Not Done' लिखें।

18	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण [(2)]	यदि गर्भवती महिला कोई सामान्य बीमारी से ग्रसित हैं पूछें, इस कॉलम में उपर्युक्त विकल्प लिखें । यदि एक से ज्यादा सामान्य बीमारी है तो सभी बीमारियों के बारें में लिखें । फुटनोट न. 2 के अनुसार विकल्प निम्नानुसार हैः – (a) टीबी (b) डायबिटीज (c) हाइपरटेंशन (d) दिल की बीमारी (e) मिरगी (आक्षेप) (f) आरटीआई/एसटीआई (g) एचआइव्ही पोजेटिव (h) हेपेटाइटिस बी (i) अस्थमा (j) अन्य कोई (उल्लेख करें) (k) कोई नहीं। **यदि गर्भवती महिला एचआईवी पाजिटिव है इस कालम में एचआईपी पॉजिटिव नहीं लिखना है, (जब तक सूचना गोपनीय है) उसके 'हाई रिस्क' प्रिगनेन्सी मार्क करनी है और उसे एकीकृत परामर्श और पुष्टीकरण के लिए टेस्टिंग सेंटर (आईसीटीसी) रिफर करें।** **उदाहरण**– यदि गर्भवती महिला टीबी और डायबिटीज से पीडित है, तो कोड नहीं लिखें जैसे – इस कॉलम में टीबी और डायबिटीज लिखें। यदि गर्भवती महिला कोई सामान्य बीमारी नहीं है, तो 'कोई नही' लिखें।
19	पूर्व प्रसव विवरण	
	प्रेगनेंसी की कुल संख्या	गर्भवती महिला से पूछो, कि वह हाल ही में/ वर्तमान प्रेग्नेंसी से पहले कितनी बार गर्भवती हुई है तथा तदानुसार लिखना है। यदि वह पहली बार प्रिगनेन्ट हुई है तो क्रम संख्या 19 के सभी तीनों कालम्स में 'Not Applicable' लिखें। वह वर्तमान गर्भावस्था से पहले केवल एक बार गर्भवती थी तो केवल एक ही अतीत गर्भावस्था का विवरण लिखें। **उदाहरण** : वह वर्तमान गर्भावस्था से पहले तीन बार गर्भवती थी, तो '3' लिखें।
	गत दो गर्भधारण का विवरण	पिछली दो गर्भधारण का विवरण
	जटिलतायें[3]	पिछली 2 गर्भधारण के दौरान उसे कोई जटिलता हुई है, पूछना है। सभी गर्भधारण के दौरान हुई सभी जटिलताओं को अलग–अलग लिखें। फुटनोट नं. 3 के अनुसार, विकल्प निम्नानुसार है : (a) ऐंठन (b) एपीएच (c) गर्भावस्था के कारण उच्च रक्तचाप (पीआईएच) (d) बार–बार गर्भपात (e) मृतजन्म (f) जन्मजात विसंगति बाधित (g) सीजेरियन (h) खून चढ़ाना (i) जुड़वा (j) अवरूद्ध प्रसव (k) पीपीएच (l) कोई अन्य (स्पष्ट करें) (m) कोई नहीं।
	प्रसव का परिणाम[4]	प्रत्येक प्रसव (गत से गत) का परिणाम अलग–अलग लिखें। फुटनोट न. 4 के अनुसार, विकल्प निम्नानुसार है : (a) जीवित जन्म (b) गर्भपात (c) मृतजन्म
20	प्रसव हेतु प्रस्तावित जगह एवं संस्था का नाम	गर्भवती महिला से पूछों कि वह निम्न विकल्पों में से कौन से स्थान पर प्रसव करवाना चाहती है और प्रसव के लिये संभावित स्थान को लिखों। जिला अस्पताल, सीएचसी, पीएचसी, उप स्वास्थ्य केन्द्र, अन्य कोई सरकारी

		संस्था, पंजीकृत निजी अस्पताल, गैर पंजीकृत निजी अस्पताल अथवा घर पर। इसके अतिरिक्त और कोई जैसे, मेडिकल कॉलेज से संबंधित अस्पताल/सब डिविजन हॉस्पिटल। उस चिकित्सा संस्था का नाम एवं क्षेत्र का नाम भी अवश्य लिखें। जैसे– यदि वह नजदीक की पीएचसी बैरासिया का चयन करती है तो ''पीएचसी बैरासिया़'' लिखें। यदि वह भोपाल क्षेत्र के किसी गैर पंजीकृत अस्पताल का चयन करती है तो 'भोपाल के निजी अस्पताल' लिखें।
21	वीडीआरएल/ (आरपीआर) जांच की गई (दिनांक) +ve/-ve/ नहीं करवाई	गर्भवती महिला हो उस नजदीकी चिकित्सा संस्थान पर रेफर करें जहां वीडीआरएल/(आरपीआर) की जांच होती है। जांच करवाई जाने की दिनांक भी अंकित करें तथा इस कालम में जांच का परिणाम (+ve/- or –ve) भी लिखें यदि वीडीआरएल की जांच नहीं करवाई गई है तो ''जांच नहीं करवाई'' अंकित करें और यदि वीडीआरएल जांच के परिणाम की जानकारी नहीं हो तो ''जानकारी नहीं है'' अंकित करें।
22	एचआईवी स्क्रीनिंग टेस्ट किया (दिनांक) +Ve/-Ve/ नहीं करवाई	गर्भवती महिला को उस नजदीकी चिकित्सा संस्थान पर रेफर करें जहां एचआईवी स्क्रीनिंग टेस्ट होता है। यदि रिपोर्ट निगेटिव आती है तो इस कॉलम में –Ve के साथ जांच करवाई जाने की तारीख (दिन/माह/वर्ष) भी अंकित करें यदि रिपोर्ट पॉजिटिव आती है तो रजिस्टर में +Ve अंकित नहीं करें। (क्योंकि यह रिपोर्ट गोपनीय रखी जाती है) इसके स्थान पर **'हाई रिस्क प्रेगनेंन्सी'** अंकित करें तथा गर्भवती महिला को रिपोर्ट सुनिश्चित करने हेतु आईसीटीसी केन्द्र पर रेफर करें। यदि एचआईवी की जांच नहीं करवाई गई है तो **''जांच नही करवाई''** अंकित करें।

- गर्भवती महिला का एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नंबर वही रहेगा जैसा भाग–1 (योग्य दंपत्ति की ट्रेकिंग) में लिखा है। **यदि किसी गर्भवती महिला के पास एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नंबर नहीं है तो भी उसे चिकित्सा सुविधा से वंचित नहीं रखा जाएगा।**
- गर्भवती महिला के पति का नाम नहीं बताया गया है तो ''Not Applicable'' लिखें।

1. अनुमानित प्रसव की दिनांक ज्ञात करने के लिये रेडी रेकनर तालिका (भाग–4 की एनेक्जर– 4.4) काम में लेवें।
2. (a)टीबी (b)डायबिटीज (c)हाइपरटेंशन (d)दिल की बीमारी (e)मिरगी (आपेक्ष) (f)आरटीआई/एसटीआई (g)एचआईवी पॉजिटिव (h)हेपेटाइटिस बी (i)अस्थमा (j)अन्य कोई उल्लेख करें। (k)कोई नहीं
3. (a) ऐंठन (b)एपीएच (c) गर्भावस्था के कारण उच्च रक्तचाप (पीआईएच) (d) बार–बार गर्भपात (e) मृतजन्म (f) जन्मजात विसंगति बाधित (g) सीजेरियन (h) खून चढाना (i) जुड़वा (j) अवरूद्ध प्रसव (k) पीपीएच (I) कोई अन्य (स्पष्ट करें) (d) कोई नहीं।
4. (अ) जीवित जन्म (ब) गर्भपात (स) मृत जन्म
5. जिला अस्पताल/सीएचसी/पीएचसी/उपस्वास्थ्य केन्द्र/अन्य सरकारी संस्था/ मान्यता प्राप्त निजी अस्पताल, गैर पंजीकृत निजी अस्पताल अथवा घर पर।
6. यदि रिपोर्ट पॉजिटिव आती है तो कालम में अंकित नही करें तथा गर्भवती महिला को रिपोर्ट सुनिश्चित करने हेतु आईसीटीसी केन्द्र पर रेफर करें।

1.3.3 गर्भवती महिलाओं की Tracking (Pregnant Women-2)

Table-7 (Pregnant Women-2) प्रपत्र के कालमवार निर्देश

क्र. सं.	शीर्षक	सूचना भरने के निर्देश
23	क्रम संख्या	संबंधित गर्भवती महिला का वहीं क्रम सं. लिखे जैसा इस भाग (भाग–2) के Pregnant Women-1 में लिखा है।
24	गर्भवती महिला का नाम	गर्भवती महिला का नाम लिखे जैसा संबंधित क्रम संख्या Pregnant Women-1 में लिखा है।
25	प्रसवपूर्व जांच की संख्या	गर्भवती महिला की एएनसी विजिट की क्र.स. लिखे जैसे– प्रथम/द्वितीय/तृतीय/चतुर्थ एएनसी जांच की विजिट का सही समय भी फुटनोट नंबर 1 के द्वारा प्रदर्शित करें। गर्भावस्था के दौरान एएनसी चेक अप की विजिट का क्रम निम्नानुसार होना आवश्यक है। प्रथम– गर्भावस्था के 12 सप्ताह के भीतर द्वितीय– गर्भावस्था के 14 से 26 सप्ताह के भीतर तृतीय– गर्भावस्था के 28 से 34 सप्ताह के भीतर (चिकित्सक के अनुसार) गर्भवती महिला को प्रथम बार दी जाने वाली एएनसी की जांच प्रथम विजिट मानी जोयेगी गर्भावस्था के सप्ताह के अनुसार नहीं। यदि गर्भवती महिला की गर्भावस्था के दौरान प्रथम विजिट कभी भी होती है तो वही दिनांक प्रथम विजिट के कॉलम में अंकित की जायेगी। इसके बाद गर्भावस्था के अनुसार समस्त ड्यू सेवाये उसे प्राप्त की जायेगी। उदाहरण.– यदि कोई गर्भवती महिला 20 सप्ताह बाद एएनसी जांच की प्रथम विजिट के लिये आती है। तो उसे प्रथम विजिट माना जायेगा। एवं प्रथम विजिट वाले कॉलम में इसे डाला जायेगा न की द्वितीय कॉलम में। यद्यपि 20 सप्ताह पश्चात उसकी द्वितीय जांच ड्यू हो गई है। इसके बाद गर्भावस्था के अनुसार समस्त ड्यू सेवायें उसे प्रदान की जावेंगी। इसके बाद उसे गर्भावस्था के 28–34 सप्ताह में द्वितीय जांच के लिए बुलाया जावे, और द्वितीय विजिट के कॉलम में इसकी डिटेल अंकित करें, न कि तृतीय कॉलम में। इसके बाद उसे गर्भावस्था के 36 सप्ताह में पुनः एएनसी की जांच के लिये बुलाया जावे। इस केस में गर्भवती महिला की एएनसी की तीनों जांचे की गई है। लेकिन यदि गर्भवती महिला हाई रिस्क श्रेणी में है तो महिला की एएनसी की 4 से अधिक जांचे होगी। लेकिन चारों जांचे पूर्व निर्धारित सप्ताहों के अंतराल में ही होनी चाहीये। अनियमित अंतराल से भी आने वाली गर्भवती महिला को एएनसी की जांच सुविधा दे एवं समस्त सूचनायें हर बार अंकित करें।

26	प्रसवपूर्व जांच की दिनांक	प्रसवपूर्व जांच की दिनांक (दिनांक/माह/वर्ष) अंकित करें।
27	प्रसवपूर्व जांच कराने वाले चिकित्सा संस्थान का नाम/स्थान	उस स्थान का नाम लिखें जहां प्रसवपूर्व जांच हुई जैसे– गांव/क्षेत्र/उपस्वास्थ्य केन्द्र/पीएचसी/जिला अस्पताल/शहरी चिकित्सा केन्द्र/अन्य(विवरण)
28	गर्भावस्था के सप्ताह के दिनों की संख्या	संबंधित प्रसवपूर्व जांच के समय तक पूर्ण की जा चुके गर्भावस्था के सप्ताहों की संख्या अंकित करें।
29	गर्भपात (यदि कोई)[2]	
	नहीं	यदि गर्भावस्था निर्बाध चल रहीं है तो इस कॉलम में नहीं अंकित करें।
	इन्डयूज (आई)/ स्पोन्टेनियस (एस)	यदि गर्भवती महिला का किसी भी समय गर्भपात होता है तो बताएं कि गर्भपात स्पोन्टेनियस (स्वाभाविक) है अथवा इन्डयूज (प्रेरित) है और गर्भपात के समय तक पूर्ण किये गये गर्भावस्था के सप्ताहों की संख्या लिखें। स्पोंटेनियस के लिये एस तथा इन्डयूज के लिये आई लिखें। नोट– गर्भवती महिला के पंजीकरण के पश्चात ही गर्भपात की सूचना दर्ज की जावेगी। यदि गर्भपात अस्पताल में संपन्न होता है तो उससे सूचना प्राप्त कर संबंधित कालम में दर्ज करें।
30	यदि इन्डयूज गर्भपात है तो संस्था भी अंकित करें (सरकारी/निजी)	यदि इन्डयूज गर्भपात किसी चिकित्सा संस्था पर हुआ है तो यह भी बतायें कि वह सरकारी है अथवा निजी चिकित्सालय है।
31	गर्भवती महिला का वजन (कि.ग्रा.)	प्रत्येक एएनसी जांच में गर्भवती महिला का वजन लेवे और कि.ग्रा. में लिखे यदि प्रथम विजिट एवं पंजीकरण की तारीख समान है तो दोनों कालम में गर्भवती महिला का समान वजन लिखे, जैसे इस कॉलम मे और पीडब्ल्यू 1 कालम नंबर 15 में। प्रेगनेंसी के दौरान सामान्य/औसत वजन के लिये खंड 3 के पैरा नंबर 3.8.7 प्रयोग करें।
32	बीपी एमएम एचजी	प्रत्येक एएनसी विजिट में महिला का ब्लड प्रेशर मापें।
	सिस्टोलिक	सिस्टोलिक रीडिंग को एमएमएचजी में लिखें।
	डायस्टोलिक	डायस्टोलिक रीडिंग को एमएमएचजी में लिखें। उदा– यदि सिस्टोलिक प्रेशर 120 एमएमएचजी और डायस्टोलिक 80 एमएमएचजी इसके अनुसार लिखे 120 को सिस्टोलिक के नीचे एवं 80 को डायस्टोलिक कालम में।
33	एचबी (ग्राम%)	प्रत्येक एएनसी विजिट में हिमोग्लोबिनोमीटर के द्वारा रक्त में हिमोग्लोबिन की जांच करे। वास्तविक परिणाम इस कालम में अंकित करें। उदा. यदि हिमोग्लोबिन 11.5 ग्राम प्रतिशत है तो 11.5 ग्राम प्रतिशत ही अंकित करें।
34	यूरिन टेस्ट (किया अथवा नहीं)	प्रत्येक एएनसी विजिट के दौरान एलब्यूमिन और शूगर की मात्रा जांचने हेतु यूरिन की जांच करें।

	एलब्यूमिन (पी/ए)	यदि यूरिन टेस्ट नहीं हुआ है तो X लिखें। यदि यूरिन टेस्ट हुआ है तो परिणाम लिखें यदि एलब्यूमिन नही है। तो ए लिखें तथा यदि यूरिन (2+) में एलब्यूमिन है तो गर्भावस्था के दौरान प्री इक्लेम्पेशिया का स्तर जांचने के लिये ब्लड प्रेशर भी ज्ञात करें।
	शुगर (पी/ए)(3)	यदि यूरिन टेस्ट नहीं हुआ है तो X लिखें। यदि यूरिन टेस्ट हुआ है तो परिणाम लिखें शुगर नहीं है तो ''ए'' लिखें तथा शुगर है तो ''पी'' लिखे।
35	ब्लड शुगर टेस्ट (किया अथवा नहीं)	यदि यूरिन में शुगर है तो डायबिटीज ज्ञात करने हेतु ब्लड शुगर लेवल की जांच करवाने के लिये नजदीकी चिकित्सा संस्था पर रेफर करें। यदि ब्लड टेस्ट नहीं हुआ है तो क्रम संख्या 35 के दोनों कॉलमों में तो X लिखें।
	यदि खाली पेट(फास्टिंग) किया है	यदि खाली पेट रहते हुये ब्लड टेस्ट किया है तो ब्लड शुगर लेवल लिखें।
	यदि खाने के पश्चात किया है	यदि ब्लड टेस्ट किया है तो खाने के बाद का दर्ज किया ब्लड शुगर लेवल लिखें।
36	इंजेक्शन टीटी डोज (दिनांक)	गर्भवती महिला की प्रथम एएनसी विजिट के दौरान इंजेक्शन टिटनेस टाक्साइड की प्रथम डोज तथा एक माह के अंतराल बाद दूसरी डोज दी जानी है। यदि महिला की एक एएनसी जांच छूट जाये तो अगली जांच में महिला के आने पर इंजेक्शन दिया जाये।यदि गर्भवती महिला पिछली बार प्रेगनेंसी के समय (3 वर्ष के भीतर) टीटी के दो डोज (टीटी 1 और टीटी 2) लगा चुकी है तो उसके केवल अब टी.टी. प्रथम डोज दी जायेगी, जो बूस्टर डोज कहलाती है।
	इंजेक्शन टीटी 1	टीटी 1 लगाने की दिनांक अंकित करें। यदि केवल एक ही डोज बूस्टर के रूप में दी जाती है। तो इस कालम में "NA" लिखें।
	इंजेक्शन टीटी 2	टीटी की दूसरी इंजेक्शन अथवा ''बूस्टर डोज'' दी जाने वाली दिनांक अंकित करें।
37	दी गई फोलिक एसिड गोलियों कि संख्या (गर्भावस्था के 12 सप्ताह के भीतर)/नहीं दी/नोट एप्लीकेबल	गर्भावस्था के 12 सप्ताह के मध्य फोलिक गोलियां देवें, गर्भावस्था के 12 सप्ताह तक 1 गोली प्रतिदिन। गर्भवती महिला को दी जाने वाली फोलिक ऐसिड गोलियों की संख्या लिखें। यदि गोलियां नहीं दी गई तो ''निल'' लिखें।यदि गर्भवती महिला गर्भावस्था के 12 सप्ताह के बाद पंजीकृत होती है तो उसे फोलिक एसिड की गोलियां नहीं दी जावें और "NA" लिखें'।
38	गर्भवती महिलाओं को दी गई आईएफए गोलियों की संख्या (गर्भावस्था के 12 सप्ताह के बाद)(5)/नहीं।	गर्भवती महिला को दी जाने वाली आयरन फोलिक एसिड गोलियों की संख्या लिखें। गर्भावस्था के 12 सप्ताह बाद आईएफए की 100 गोलियां देवे। (1 गोली प्रतिदिन 100 दिनों के लिये)। यदि आईएफए 100 गोलियों का कोर्स पूर्ण हो जाये तो एएनसी विजिट के क्रम में 100 आईएफए टेबलेटस का कोर्स पूर्ण हो चुका लिखें। यदि टेबलेट नहीं दी गई है तो निल लिखें। यदि एचबी लेबल 9–11 ग्राम के बीच है (अर्थात वह एनेमिक है) तो 200 गोलियां 100 दिनों के लिये देवें। उप स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर एनीमिया मैनेजमेंट के लिये भाग 4 के अनुक्रमणिका 4.1 का अवलोकन करें

39	फण्ड्स / पेट की जाँच भ्रूण की गतिविधि (सामान्य / बढ़ी हुई / कम / अनुपस्थित)	गर्भावस्था 12 सप्ताह पूर्ण करने के उपरान्त पेट की निम्न जाँचे की जाएः– गर्भावस्था के 18–22 सप्ताह के लगभग गर्भ में भ्रूण हिलने–डुलने लगता है और गर्भवती महिला को पहले मल्टीग्रविडा और बाद में प्रिमिग्रेविडा की तरह महसूस होने लगता है। इनके द्वारा भ्रूण के विकसित होने के स्पष्ट संकेत मिलते है। भ्रूण का हिलना डुलना स्वाभाविक होता है। अतः गर्भवती महिला से भ्रूण के हिलने–डुलने के बारे में पूछा जावे। (सामान्य / बढ़ी हुई / कम / अनुपस्थित) और उसके जवाब के अनुसार ही रिपोर्ट बनानी है। भ्रूण के विकास में कमी भ्रूण के नष्ट होने को प्रदर्शित करता है।
	फण्ड्स की उँचाई / गर्भाशय का विस्तार	पेट की जाँच करें और गर्भावस्था के पूर्ण किये गये सप्ताहों को ध्यान में रखते हुए गर्भाशय की अनुमानित साइज अंकित करें। गर्भवती महिला के पेट की जाँच के द्वारा गर्भाशय की साइज ज्ञात करने के लिये गर्भावस्था की भाग 4 के अनुक्रमणिका 4.2 का अवलोकन करें। **उदाहरणः–** फण्डल की उँचाई लिखें जैसे 14 सप्ताह, 24 सप्ताह और 32 सप्ताह।
	भ्रूण की हृदय स्पन्दन दर	गर्भावस्था के 24 सप्ताह पश्चात् भ्रूण की हृदय स्पंदन को जाँचे और प्रति मिनट स्पंदन की दर निकालें एवं भ्रूण की हृदय स्पंदन की दर प्रति मिनट स्पंदन के रूप में लिखें।
	भ्रूण की स्थिति / गर्भस्थिति	गर्भावस्था के 32 सप्ताह पूर्ण होने पर पेट की जाँच करें और भ्रूण की गर्भ में सामान्य एवं असामान्य होने की स्थिति की जानकारी लेवें। सामान्य स्थिति में पूर्ण विकसित भ्रूण लोंगिट्यूडिनल अथवा सिपेलिक स्थिति में होगा तथा अन्य स्थिति में भ्रूण असामान्य होगा। य दि 36 सप्ताह से पूर्ण भ्रूण असामान्य स्थिति में पाया जाता है तो उसे प्रसव हेतु एफआरयू में रेफर करें।
	भ्रूण का हलचल (सामान्य / बढ़ा हुआ / घटा हुआ / अनुपलब्ध)	भ्रूण की हलचल (स्पंदन) गर्भावस्था के लगभग 18 से 22 सप्ताह में शुरू हो जाती है और गर्भवती महला पहले मल्टीग्राविडा में और बाद में प्राईमीग्राविडा में महसूस करती है। उसे भ्रूण के अच्छे संकेत मिल रहे है। भ्रूण की हलचल प्रकृति में व्यक्तिपरक है और कोई बेन्चमार्क नही है, इसलिए मां से भ्रूण की हलचल के बारे में पूछे (सामान्य / बढ़ा हुआ / घटा हुआ / अनुपलब्ध), और उसी के अनुसार उसका जवाब लिखें।
40	यदि अति खतरे वाले लक्षण(6) हो तो कृपया इंगित करें।	फुटनोट नंबर 6 के अनुसार यदि गर्भवती महिला में अति खतरे के लक्षण प्रतीत होते है। तो निम्न में से उस लक्षण का उल्लेख करें तथा उस पर हाई रिस्क प्रेगनेंसी अंकित करें। (क) उक्त रक्तचाप (सिस्टोलिक 140 एमएम एवं डायस्टोलिक 90 एमएम एचजी य अधिक) (ख) दौरे (ग) योनि रक्तस्त्राव (घ) दुर्गंधयुक्त स्त्राव (ड़) अतिरिक्ताल्पता (एचबी लेबल 7 ग्राम से कम) (च) मधुमेह (छ) जुड़वा बच्चे (ज) अन्य विवरण दे (झ) कोई नहीं। **उदा.** 1 यदि गर्भवती महिला में उक्त रक्तचाप के लक्षण प्रतीत होते है तथा दुर्गंधयुक्त स्त्राव भी होता है, तो इसके कालम में हाई रिस्क प्रेगनेंसी के साथ दोनों लक्षणों उक्त रक्तचाप एवं दुर्गन्धयुक्त योनि में से स्त्राव का उल्लेख करें। **उदा.2** यदि गर्भवती महिला में जुड़वा बच्चों के लक्षण प्रतीत होते है इसके

		कालम में जुड़वा बच्चों के कारण हाई रिस्क प्रेगनेंसी का उल्लेख करें।
41	रेफरल संस्था का नाम दिनांक एवं प्रकार(7)	यदि गर्भवती महिला को रेफर किया है तो उसका कारण भी स्पष्ट करें हाई रिस्क/अन्य सेवायें स्पष्ट करें। तथा उस चिकित्सा संस्थान का प्रकार एवं दिनांक भी लिखें जहां पर उसे रेफर किया गया है अलग अलग प्रकार की संस्थाओं के लिये फुटनोट 7 प्रयोग करें। पीएचसी/सीएचसी/जिला अस्पताल/निजी अस्पताल/अन्य (विवरण) वह दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) भी लिखें जब महिला को स्वास्थ्य संस्थान पर रेफर किया गया। उदा.–1 दिनांक 05/12/2013 को गर्भवती महिला को योनि स्त्राव के कारण जिला अस्पताल में रेफर कर दिया। इस प्रकार लिखे। उदा–2 दिनांक 28/11/2013 को गर्भवती महिला को एचआईवी स्क्रीनिंग टेस्ट एवं ब्लड शुगर की जांच हेतु सीएचसी में रेफर किया, यह लिखें।
42	इस प्रसव के पश्चात आप कौन से गर्भनिरोधक साधन का प्रयोग पसन्द करेंगे, बतायें।	प्रत्येक गर्भवती महिला से केवल तीसरी एएनसी विजिट (28–34 सप्ताह) के दौरान प्रसवोत्तर पश्चात प्रयोग किये जाने वाले गर्भनिरोधक साधन के बारे में पूछें। महिला के द्वारा विभिन्न गर्भ निरोधक साधनों में से कोई भी प्रयोंग किया जा सकता है। (a) प्रसवोत्तर आइयूसीडी (पीपीआईयूसीडी) (b) प्रसवोत्तर नसबंदी (पीपीएस) (c) पुरूष नसबंदी (d) निरोध (e) कोई पारम्परिक तरीका (f) अन्य कोई (विवरण दें) (g) अभी नहीं सोचा। (h) कोई नही। गर्भवती महिला द्वारा चयन किये गये गर्भनिरोधक साधन को प्राप्त करने के लिये उपयुक्त संस्थान के चयन में एएनएम की सहायता ली जायेगी। इसके द्वारा योग्य दंपत्तियों के प्रसवोत्तर काल में परिवार नियोजन की प्लानिंग करने में एएनएम को मदद मिलेगी।
43	मातृ मृत्यु (हां/नहीं)	यदि गर्भवती महिला की गर्भावस्था के दौरान मृत्यु हो जाती है तो हां लिखें अथवा नहीं लिखें।
	यदि मृत्यु हुई है तो दिनांक, स्थान एवं संभावित कारण भी लिखें।	जिस स्थान पर गर्भवती महिला की मृत्यु हुई है तो उस संस्था पर प्रकार व दिनांक भी लिखें जैसे– उप स्वास्थ्य केन्द्र/पीएचसी/सीएचसी/जिला अस्पताल/ निजी अस्पताल/ पंजीकृत अस्पताल/घर/अन्य (विवरण) उसकी मृत्यु का संभावित कारण भी लिखें, विकल्प हेतु फुटनोट नंबर 8 का प्रयोग करें। इक्लेम्पेशिया हेमोरहेज, तेज बुखार गर्भपात अन्य विवरण दे। उदा–1 यदि गर्भवती महिला की 32 सप्ताह बाद रक्तस्त्राव व के कारण मृत्यु होती हैं तो संभावित कारण में ''हेमरेज'' के कारण बैरासिया पीएचसी में दिनांक 05.10.2013 को मृत्यु का उल्लेख करें। उदा–2 यदि गर्भवती महिला की सड़क दुर्घटना के कारण मृत्यु होती है तो संभावित कारण में अन्य (सड़क दुर्घटना) के कारण भोपाल जिला अस्पताल में

		दिनांक 02/08/2013 को मृत्यु का उल्लेख करें। यदि प्रेगनेंसी निरंतर है तो इस कालम में "NA" लिखें।

1. प्रायः एएनसी की प्रथम विजिट गर्भावस्था के 12 सप्ताह में, द्वितीय विजिट 14 से 26 सप्ताह में, तृतीय विजिट 28 से 34 सप्ताह में (चिकित्सा अधिकारी द्वारा) चतुर्थ विजिट 36 सप्ताह एवं गर्भावस्था के पूर्णकाल के बीच होती है। यदि महिला गर्भावस्था के दौरान प्रथम बार आती है। उसकी प्रविष्टि प्रथम विजिट के कालम में डाली जायेगी। गर्भावस्था के दौरान उसे समस्त चिकित्सा सेवायें दी जायेंगी।
2. आई–इन्डयूज्ड एस–स्पोंटेनियस
3. यदि यूरिन में सुगर है तो महिला को नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर ब्लड सुगर टेस्ट के लिये सुझाव देवे।
4. गर्भावस्था के 12 सप्ताह के भीतर फोलिक एसिड की गोलियां देवे।
5. गर्भावस्था के 12 सप्ताह के बाद आईएफए दी जावे। यदि महिला एनिमिक है तो आईएफए की डबल डोज दी जायेगी। यदि आईएफए की गोलियां नहीं दी जाये तो निल लिखे।
6. (क) उच्च रक्तचाप (140 से अधिक होने पर सिस्टोलिक और 90 से अधिक होने पर डिस्टोलिक) होता है। (ख) दौरे (ग) योनि रक्तस्त्राव (घ) दुर्गन्धयुक्त स्त्राव (ड.) अतिरक्ताल्पता (एचबी लेबल 7 ग्राम से कम) (च) मधुमेह (छ) जुड़वा बच्चें (ज) अन्य (विवरण) दें (झ) कोई नहीं।
7. (अ) रेफर करने का कारण (हाई रिस्क/अन्य सेवायें (विवरण)) (ब) रेफर की गई चिकित्सा संस्थान का नाम पीएचसी/सीएचसी/जिला अस्पताल/निजी अस्पताल/अन्य विवरण और चिकित्सा संस्थान का नाम (पीएचसी–रामगढ़, सीएचसी–शामनगर आदि)
8. मातृ मृत्यु का संभावित कारण (इक्लेम्पेशिया, हेमोरेज, उच्च ज्वर, गर्भपात, अन्य (विवरण)
9. 1. प्रसवोत्तर आईयूसीडी 2. महिला नसबंदी 3. पुरूष नसबंदी 4. निरोध 5. पारम्परिक तरीके से 6. अन्य कोई (विवरण दे) 7. अभी नहीं बता सकते। 8. कोई नहीं।
   सिकल सेल एनिमिया की स्थिति में गर्भवती को फोलिक एसिड/आईएफए नहीं दी जानी चाहिये उसे उच्च सुविधा वाले अस्पताल में रेफर करना चाहिये।
   फीटल प्रेजेन्टेशन (नॉर्मल/ट्रांसवर्स)
   पीः–उपस्थित एः–अनुपस्थित

नोटः– यदि गर्भवती महिला के पास एमसीटीएस/आरसीएच आईडी न. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

1.3.4 गर्भवती महिलाओं की Tracking (Pregnant Women-3)

Table-8 (Pregnant Women-3) प्रपत्र के कालमवार निर्देश

क्र. सं.	शीर्षक	सूचना को रिकार्ड करने के लिये निर्देश
44	क्रम संख्या	संबंधित गर्भवती महिला का वहीं क्रम सं. लिखे जो पिछले PW-2 प्रपत्र में लिखा है।
45	गर्भवती महिला का नाम	गर्भवती महिला का वही नाम लिखें जैसा PW-2 में संबंधित क्रम संख्या पर लिखे।
प्रसव का परिणाम		प्रसव के परिणाम की सूचना कालम न. 46–52 में लिखें।
46	प्रसव का दिनांक एवं समय (hh:mm)	प्रसव की तारीख (दिन/माह/वर्ष) एवं समय (hh:mm) को अंकित करें।

47	प्रसव का स्थान[1]	प्रसव जहां पर हुआ है स्थान लिखें (संस्था का प्रकार)। फुटनोट नंबर 1 को विकल्प में काम लेवे। पीएचसी / सीएचसी / जिला अस्पताल / निजी अस्पताल / पंजीकृत अस्पताल / उपस्वास्थ्य केन्द्र / घर / अन्य (विवरण दें)। नोटः— यदि प्रसव का स्थान उपरोक्त के अतिरिक्त अन्य कोई है तो विवरण दें। जैसेः— मेडिकल कालेज अस्पताल, उप जिला अस्पताल अथवा रास्ते में । उदा— यदि गर्भवती महिला के प्रसव जिला अस्पताल में होता है तो 'जिला अस्पताल' लिखें और यदि घर पर हुआ है तो 'घर' लिखें।
48	प्रसव किसने करवाया[2]	प्रसव करवाने वाले स्वास्थ्य कार्यकर्ता / चिकित्सक का पद लिखें। फुटनोट न. 2 का प्रयोग करें। (एएनएम / एलएचवी / डॉक्टर / स्टाफनर्स / संबंधी / अन्य कोई (विवरण दें) उदा—यदि रिश्तेदार / प्रशिक्षित व्यक्ति (टीबीए) के द्वारा घर पर प्रसव हुआ है तो रिश्तेदार / टीबीए (अप्रशिक्षित व्यक्ति) लिखें। प्रशिक्षित व्यक्ति की परिभाषा के लिये खंड 2 (क्र.स. 60) काम में लेवे।
49	प्रसव का प्रकार[3]	प्रसव का प्रकार चयन करें, विकल्प है। सामान्य / असिस्टेड / सीजेरियन उदा— यदि वह वेन्टोयूज / फोरसेप्स प्रसव है तो एसिस्टेड (वेन्टोयूज) फोरसेप्स प्रसव लिखें।
50	प्रसव के दोरान जटिलता [4]	यदि प्रसव के दौरान जटिलता होती है तो उसके अनुसार लिखें विकल्प के लिये फुटनोट न. 4 काम लेवे। (क) पीपीएच (ख) रिटेण्ड प्लेसेन्टा (ग) अवरूद्ध प्रसव (घ) प्रोलाप्सेड कोर्ड (ड.) मृत्यु (ज) कोई अन्य (विवरण दें)। यदि महिला के प्रसव के दौरान एक से अधिक जटिलतायें है तो उन सभी का उल्लेख करें। उदा 1ः— यदि महिला के रिटेन्ड प्लेसेन्टा और प्रसव के दौरान अधिक रक्त बह रहा है तो दोनों प्रकार की जटिलता रिटेन्ड प्लेसेन्टा एवं रक्त स्राव का उल्लेख करें। यदि गर्भवती महिला की प्रसव के दौरान मृत्यु हो जाती है तो मातृ मृत्यु का संभावित कारण स्पष्ट करें जैसेः— एक्लेम्पेशिया, हेमरेज, अवरूद्ध प्रसव, प्रोलोंग्ड प्रसव, अन्य (विवरण) उदा 1ः— यदि गर्भवती महिला की अवरूद्ध प्रसव के कारण मृत्यु हो जाती है तो मातृ मृत्यु के कारण में अवरूद्ध प्रसव उल्लेख करें।
51	प्रसव का परिणाम जीवित जन्म(1 / 2) /	प्रसव का परिणाम बतायेंः जीवित जन्में बच्चों की संख्या अथवा मृत जन्म परिभाषा जानने के लिये खंड 2 का प्रयोग करें।

	मृत जन्म(1/2)	उदा 1:– यदि जुड़वा बच्चें हुये है तो जीवित जन्म 2 लिखे। उदा 1:– यदि बच्चा मृत पैदा हुआ है तो 'मृत जन्म' लिखे।
52	संस्थान से डिस्चार्ज का दिनांक एवं समय (संस्थागत प्रसव होने पर)	संस्थागत प्रसव होनें की स्थिति में संस्था से डिस्चार्ज होने का समय (घण्टेः मिनट) और दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करे।
	दिन	(दिन/महीना/वर्ष)
	समय	(घण्टेः मिनट)
शिशु का विवरण		शिशु के जन्म की कालम न. 53–61 में विवरण लिखें यदि मृत जन्म हो तो यह विवरण नहीं लिखें, केवल ''NA'' लिखें।
53	बच्चे की क्र.स.	यदि एक से अधिक बच्चे ने जन्म लिया, प्रत्येक बच्चे (प्रथम बेबी व द्वितीय बेबी) का विवरण देवे।
54	पूर्णकाल/अपरिपक्व	बच्चा पूर्ण काल में हुआ है अथवा अपरिपक्व यह अंकित करें। परिभाषा के लिये खंड 2 देखें।
55	यदि अपरिपक्व प्रसव हुआ है अर्थात 24 सप्ताह से अधिक एवं 34 सप्ताह से कम है तो माता को कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन दिया (हां/नहीं/लागू नहीं)	यदि गर्भावस्था के 34 सप्ताह बाद बच्चा प्रीमेच्योर जन्मा है तो यह कॉलम वैध नहीं है यदि नवजात शिशु 24 सप्ताह के बाद तथा 34 सप्ताह से पूर्व पैदा हुआ है तो एएनएम रेफरल पर्ची/डिस्चार्ज स्लिप (यदि उपलब्ध है) यह सुनिश्चित करने के लिये चैक करेगी कि महिला को प्री–टर्म लेबर के दौरान कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन दिया अथवा नहीं। तदानुसार हां/नहीं/मालूम नहीं अंकित करे।
56	बच्चे का लिंग	बच्चे का लिंग अंकित करें कि वह लड़का है तो ''एम'' अथवा लड़की है तो ''एफ''।
57	बच्च जन्म के तुरन्त बाद रोया अथवा नहीं	यदि बच्चा जन्म के तुरंत बाद नहीं रोया है तो हां अन्यथा नहीं लिखें।
58	उपचार के लिये उच्च संस्थान पर रेफर किया हां/नहीं/लागू नहीं	यदि बच्चा जन्म के तुरंत बाद नहीं रोया तो बच्चे को उच्च संस्थान पर प्रबंधन के लिये रेफर करें। उसी के अनुसार हां अथवा नहीं लिखें। यदि बच्चा जन्म के तुरंत बाद रोया तो बच्चे को उच्च संस्थान पर भेजने की आवश्यकता नहीं होगी। तो ''NA'' लागू नहीं लिखें।
59	जन्म के समय कोई विकार दिखें [5]	कोई भी जन्म विकार की जांच करें। विकल्प के लिये फुट नोट नंबर 5 देखें। (क) कटे हुये होठ/तालू (Cleft/Cleft palate) (ख) न्यूरल टयूब दोष (Spina Bifida) (ग) क्लब फुट (Club foot) (घ) हाइड्रोसेपहॉलस (hydrocephalsa) (ड.) इमफरफोरेट ऑनस (Imperforate Anus) (च) डाउन्स सिन्डरोम (Down's Syndrome) (छ) कोई अन्य विवरण दें। (ज) निल।
60	बच्चे का जन्म के समय	जन्म के बाद जितनी जल्दी हो सके नवजात शिशु का वजन लेवे और कि.ग्रा. में

	वजन (कि.ग्रा.)	लिखें। उदा– यदि बच्चे का वजन 2.2 कि.ग्रा. है तो 2.2 कि.ग्रा. लिखे।
61	जन्म के 1 घण्टे के भीतर स्तनपान चालू करवाया। (हां/नहीं)	प्रसूता से पूछें कि नवजात शिशु के जन्म के 1 घण्टें के भीतर स्तनपान करवाया, 'हां' या 'नहीं' लिखें।
बर्थ डोज[6] (दी गई अथवा नहीं दी गई) कालम न. 62–65 में लिखें।		
62	ओपीवी (दिनांक)	ओपीवी की दी गई बर्थ डोज (जीरो डोज) की दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करें। पल्स पोलियों अभियान में दी गई ओपीवी की डोज की गणना नहीं की जावे।
63	बीसीजी (दिनांक)	दी गई बीसीजी दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करें।
64	हेपेटाइटिस बी खुराक (दिनांक)	हेपेटाइटिस बी की बर्थ डोज (जीरो डोज) की दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करें। हेपेटाइटिस बी वैक्सीन जन्म के 24 घंटे के भीतर दी जानी चाहिये।
65	विटामिन के [7](दिनांक)	विटामिन के का इंजेक्शन जन्म के 24 घंटे के भीतर मांसपेशी(इन्ट्रामस्क्युलर) में दिया जावे और दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करें। विटामिन बी वैक्सीन के लिये फुटनोट नंबर 7 देखे। यदि बच्चे के जन्म के समय वजन 1000 ग्राम से अधिक है तो डोज 1.0 एमजी और वजन 1000 ग्राम से कम है तो डोज 0.5 mg दी जावे।

1. पीएचसी/सीएचसी/जिला अस्पताल/अन्य चिकित्सा संस्थान/निजी अस्पताल/पंजीकृत अस्पताल/उपस्वास्थ्य केन्द्र/घर/अन्य (विवरण)
2. एएनएम/एलएचवी/चिकित्सक/स्टाफनर्स/संबंधी/अन्य
3. सामान्य/सीजेरियन प्रसव / असिस्टेड
4. (क) पीपीएच (ख) अवाल (ग) बाधित प्रसव (घ) भ्रंश गर्भनाल (ड.) जुड़वा बच्चे (च) दौरे (छ) मृत्यु (यदि मृत्यु होती है तो मातृ मृत्यु के संबंधित कारण स्पष्ट करें जैसे – इंक्लेम्पेशिया, हेमरेज, उच्च ज्वर, बाधित प्रसव, प्रोलोंग लेबर, अन्य (विवरण दें)।
5. (क) कटे हुये होठ/तालू (Cleft/Cleft palate) (ख) न्यूरल टयूब दोष (Spina Bifida) (ग) क्लब फुट (Club foot) (घ) हाइड्रोसेपहॉलस (hydrocephalsa) (ड.) इमफरफोरेट ऑनस (Imperforate Anus) (च) डाउन्स सिन्डरोम (Down's Syndrome) (छ) कोई अन्य विवरण दें। (ज) निल।
6. जन्म के समय
7. विटामिन के का इंजेक्शन– यदि बच्चे का वजन 1000 ग्राम से अधिक है तो डोज 1.0 mg और यदि वजन 1000 ग्रा से कम है तो खुराक 0.5 mg दी जावेगी।

   एन.एः– लागू नहीं

नोटः– यदि गर्भवती महिला के पास एमसीटीएस/आरसीएच आईडी न. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

1.3.5 गर्भवती महिलाओं की Tracking (Pregnant Women-4)

क्र. सं.	शीर्षक	सूचना को रिकार्ड करने के लिये निर्देश
66	क्रम संख्या	संबंधित गर्भवती महिला का वहीं क्रम सं. लिखे जो पिछले PW-3 प्रपत्र में लिखा है।
67	गर्भवती महिला का नाम	गर्भवती महिला का वहीं नाम लिखें जेसा Pregnant Women-3 प्रपत्र में संबंधित क्रम सं. पर लिखा है।
कॉलम सं. 68–76 में चार पीएनसी विजिट का विवरण लिखें। पीएनसी विजिट प्रसूता एवं बच्चे दोनों के लिये की जानी है। यदि बच्चा मृत (मृत जन्म) पैदा होता है अथवा जन्म के 42 दिनों के भीतर मृत्यु हो जाती है तो सभी पीएनसी विजिट माता के लिये होगी।		
68	प्रसव पश्चात पीएनसी विजिट[1]	घरेलू प्रसव 4 पीएनसी की जांचे प्रथम दिन, तृतीय दिन, सातवे दिन एवं 42 वे दिन की जाती है। यदि प्रसव (महिला 48 घंटे के बाद डिस्चार्ज की गई है) हुआ है तो तृतीय दिन, सातवे दिन एवं 42 वे दिन की जानी है। (फुटनोट नं. 1 देखें)
69	पीएनसी विजिट की दिनांक	पीएनसी विजिट किये जाने की दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करें।
70	माता को दी गई आईएफए गोलियों की संख्या/शून्य	माता को आईएफए की 100 गोलियां (एक गोली प्रतिदिन के हिसाब से 100 दिन तक) देवें। इस कालम में दी गई आईएफए की गोलियों की संख्या अंकित करें। यदि आईएफए की गोलियां नहीं दी है तो 0 अंकित करें।
71	माता में संभावित खतरे के लक्षण को अंकित करें[2]	माता की जांच करें एवं प्रत्येक विजिट के दौरान माता में संभावित खतरे के लक्षण दिखने पर विकल्प के लिये फुटनोट नंबर 2 देखें। 1 पीपीएच 2. डायरिया 3. सेप्सिस 4. अन्य कोई (विवरण दे) यदि एक से अधिक खतरे के लक्षण दिखाई देवे तो सभी लक्षणों को लिखें और उसे उपयुक्त चिकित्सा संस्थान पर इलाज के लिये रेफर करें। यदि खतरे के लक्षण नहीं दिखे तो ''निल'' लिखें।
72	बच्चे में संभावित खतरे के कोई लक्षण हो तो अंकित करें [3]	प्रत्येक विजिट के दौरान बच्चे की जांच कर बच्चे में संभावित खतरे के लक्षण होने पर माता से पूछें कि उसे बच्चे में कोई खतरे के लक्षण दिखें हैं विकल्प के लिये फुटनोट नंबर 3 देखें:– 1.पीलिया 2. डायरिया 3. बुखार 4. दौरे 5. तेज सांस चलना 6. अन्य कोई यदि एक से अधिक खतरे के लक्षण दिखाई देवे तो सभी लक्षणों को लिखें और उसे उपयुक्त चिकित्सा संस्थान पर इलाज के लिये रेफर करें। यदि खतरे के लक्षण नहीं है तो ''निल'' लिखें।
73	शिशु का वजन (कि.ग्रा.)[4]	प्रत्येक विजिट के दौरान बच्चे का वजन लेवे और कि.ग्रा. में लिखें। बच्चे के वजन पर नजर रखें। यदि बच्चें के वजन में बढ़ोतरी नहीं हो रही है (जन्म के बाद वजन बढ़ाने के लिये खंड –3 के पैरा सं. 3.12.2.4 देखें) अथवा बच्चे के वजन में पिछले रिकार्ड से कमी हुई है तो बच्चे को इलाज हेतु उपयुक्त

		चिकित्सा संस्थान के लिये रेफर करें।
यदि माता अथवा बच्चे में खतरे के लक्षण दिखाई दिये तो रेफर किये गये चिकित्सा संस्थान का नाम एवं स्थान का विवरण अंकित करें		
74	माता	यदि माता में कोई खतरे के लक्षण महसूस/दिखाई दे तो उसे उच्च चिकित्सा संस्थान पर रेफर करें। रेफर किये गये चिकित्सा संस्थान का नाम, प्रकार एवं स्थान का विवरण भी देवे। संस्थान के प्रकार के लिये फुटनोट नंबर 5 देखेंः– 1 पीएचसी 2.सीएचसी 3.जिला अस्पताल 4.निजी अस्पताल 5.अन्य कोई
75	बच्चा	यदि बच्चे में कोई खतरे के लक्षण दिखाई दे तो उसे उच्च चिकित्सा संस्थान पर रेफर करें। रेफर किये गये चिकित्सा संस्थान का नाम, प्रकार एवं स्थान का विवरण भी देवे। संस्थान के प्रकार के लिये फुटनोट नंबर 5 देखेंः–1 पीएचसी 2. सीएचसी 3. जिला अस्पताल 4. निजी अस्पताल 5. अन्य कोई (उल्लेख करे)
76	प्रसव पश्चात उपयोग में लिये जा रहे गर्भनिरोधक साधन का उल्लेख करें।[6]	प्रत्येक विजिट के दौरान माता से पूछें कि क्या प्रसव पश्चात परिवार नियोजन के लिये कोई साधन उपयोग कर रहे है। विकल्पों के लिये फुटनोट नंबर 7 देखेंः–1 आईयूसीडी 2. कंण्डोम 3. नसबंदी (पुरूष) 4. नसबंदी (महिला) 5. कुछ नहीं 6. अन्य (उल्लेख करें)
यदि माता अथवा बच्चे की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु की दिनांक एवं मृत्यु का संभावित कारण लिखें।		
77	शिशु मृत्यु का कारण[7]	प्रसव पश्चात यदि शिशु की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु का कारण लिखें। मृत्यु के कारणों के लिये फुटनोट नंबर 7 देखेंः– 1 एसपिक्सिया 2. कम वजन 3. बुखार 4. डायरिया 5. निमोनिया 6. प्रिमेच्योर बच्चा 7. अन्य कोई (उल्लेख करें)
78	शिशु मृत्यु की दिनांक	शिशु मृत्यु की दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) लिखें। नोटः– मृत्यु के समय शिशु की उम्र (महीनों में) लिखें।
79	माता की मृत्यु का कारण[8]	प्रसव पश्चात यदि माता की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु का कारण लिखें। मृत्यु के कारणों के लिये फुटनोट नंबर 8 देखेंः– 1 इक्लेम्पशिया 2. पीपीएच 3. एनिमिया 4. उच्च ज्वर 5. अन्य कोई (उल्लेख करें)
80	माता की मृत्यु की दिनांक	माता की मृत्यु की दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) लिखें।
81	मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/रास्ते में)	यदि माता अथवा शिशु की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल/अस्पताल के रास्ते में) स्पष्ट करें।
82	विवरण (अन्य)	यह कॉलम लाभार्थी से संबंधित अतिरिक्त महत्वपूर्ण सूचना (यदि कोई है) के लिये है अन्यथा इसे खाली छोड़ा जा सकता है।

1. प्रसव पश्चात 4 जांचे घरेलू प्रसव के बाद क्रमशः प्रथम, तृतीय, सांतवे एवं 42 वें दिन की जानी है यदि संस्थागत प्रसव (महिला 48 घंटे के बाद डिस्चार्ज की गई है) हुआ है तो क्रमशः तीसरे, सातवें एवं 42 वे दिन तीनों विजिट पूर्ण करेंगी। एचबीएनसी योजना में तीन अतिरिक्त विजिट प्रसव के 14 वे दिन, 21 वे दिन और 28 वे दिन करनी है। पीएनसी के दौरान ही माता एवं बच्चे की जांच करनी है। गर्भवती महिलाओं की Tracking (PW-4A प्रपत्र में विवरण लिखें।

2. (क) पीपीएच (ख) ज्वर (ग) सेप्सिस (घ) गम्भीर असहनीय दर्द (ड) गंभीर अवसाद (च) सांस लेने में तकलीफ (छ) बुखार (ज) अन्य (विवरण) (झ) कोई नहीं, यदि हां तो संस्थान पर रेफर करें।
3. (क) पीलिया (ख) डायरिया (ग) उल्टी (घ) बुखार (ड) हाइपोथर्मियां (च) दौरे (छ) तेज सांस चलना (ज) दूध पीने में तकलीफ/हिलना डुलना कम होना (झ) कोई नहीं, कोई भी हां तो संस्थान पर रेफर करें।
4. प्रत्येक पीएनसी विजिट के दौरान, बच्चे का वजन लेवें यदि वजन में वृद्दि नहीं है अथवा वजन घट रहा है तो संस्थान पर रेफर करें।
5. (क) पीएचसी (ख) सीएचसी (ग) जिला अस्पताल (घ) निजी अस्पताल (ड) अन्य कोई
6. (क) प्रसव प्रश्चात् आईयूसीडी (प्रसव के 48 घण्टे के भीतर लगाई जाने वाली पीपीआईयूसीडी) (ख) कण्डोम (ग) नसबन्दी (पुरूष) (घ) प्रसव प्रश्चात् नसबन्दी (प्रसव के 7 दिनों के भीतर होने वाली नसबन्दी पीपीएस) (ड) कुछ नहीं (च) अन्य कोई (विवरण)
7. बच्चे की मृत्यु का कारण (क) एसपिक्सिया (ख) कम वजन (ग) बुखार (घ) डायरिया 5 (ड) निमोनिया (च) अन्य कोई (विवरण)
8. माता की मृत्यु का कारण (क) इक्लेम्पेशिया (ख) पीपीएच (ग) एनिमिया (घ) उच्च ज्वर (ड) अन्य कोई (विवरण)

नोट :—

- प्रसव के 42 दिन बाद, माता को वापस ईसी—2 प्रपत्र में स्थानान्तरित करें और गर्भनिरोधक साधन के उपयोग हेतु योग्य दम्पत्ति के रूप में ट्रेकिंग करें।

- पुरूष नसबन्दी होने पर योग्य दम्पत्ति तीन माह बाद (चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण पत्र प्राप्त करने के उपरान्त) नसबन्दी किया माना जायेगा। महिला नसबन्दी की स्थिती में, योग्य दम्पत्ति दो माह बाद (चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण पत्र प्राप्त करने के उपरान्त) नसबन्दी किया माना जायेगा। ऐसे स्थायी साधन अपनाने वाले योग्य दम्पत्तियों को परिवार नियोजन के साधनों के प्रयोग हेतु मासिक सम्पर्क करने की आवश्यकता नहीं है।
- किसी भी लाभार्थी के पास एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नं. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

1.3.6 गर्भवती महिलाओं की Tracking (Pregnant Women-4A)

Table-10 :- (Pregnant Women-4) प्रपत्र के कॉलमवार निर्देश

क्र.स.	शीर्षक	सूचनाओं को रिकार्ड करने के लिए निर्देश
83	क्र.सं.	सम्बन्धित गर्भवती महिला का वही क्रम सं. लिखें जैसा पिछले प्रपत्र (PW-4) में दर्शाया गया है।
84	गर्भवती महिला का नाम	गर्भवती महिला का वही नाम लिखे जैसा PW-4 में सम्बन्धित क्रम संख्या पर लिखा है।
कॉलम सं. 85–90 में प्रसवोत्तर सेवाएं (पीएनसी) का विवरण लिखिए।		
85	प्रसव पश्चात् प्रसवोत्तर सेवाएं [(1)]	घर आधारित नवजात शिशु देखभाल (एचबीएनसी) योजना में प्रसव के 14 वें दिन, 21 दिन और 28 वें दिन नवजात के लिए तीन अतिरिक्त विजिट एवं समान रूप से माता के लिए करनी है।
86	पीएनसी विजिट की दिनांक	पीएनसी विजिट की दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) अंकित करें।
87	माता को दी गई आईएफए गोलियों की संख्या/शून्य	गर्भवती को आईएफए की 100 गोलियां (एक गोली प्रतिदिन के हिसाब से 100 दिनों तक) देवें। इस कॉलम में आईएफए की दी गई गोलियों की संख्या अंकित करें। यदि आईएफए की गोलियॉ नहीं दी है तो 'शून्य' अंकित करें।
88	माता में संभावित खतरे के लक्षण को अंकित करें[(2)]	माता की जॉच करें एवं प्रत्येक विजिट के दौरान माता में संभावित खतरे के लक्षणों को पहचानें। विकल्पों के लिए फुटनोट नम्बर 2 देखें:– 1. पीपीएच 2. बुखार 3. सेप्सिस 4. अन्य कोई (विवरण दें) यदि एक से अधिक खतरे के लक्षण दिखाई दे तो सभी लक्षणों को लिखें और उसे उचित चिकित्सा संस्थान पर इलाज के लिये रेफर करें। यदि खतरे के लक्षण नहीं है तो ''निल'' लिखें।
	शिशु में संभावित खतरे के कोई लक्षण (यदि कोई है) अंकित करें[(3)]	प्रत्येक विजिट के दोरान बच्चे में संभावित खतरे के लक्षण की जॉच करें एवं उसकी माता से पूछें कि उसे बच्चे में कोई खतरे के लक्षण दिखे। विकल्पों के लिए फुटनोट नम्बर 3 देखें:– 1. पीलिया 2. डायरिया 3. बुखार 4. दोरे 5. तेज सांस चलना 6. अन्य कोई यदि एक से अधिक खतरे के लक्षण दिखाई देवें तो सभी लक्षणों को लिखें और उसे उचित चिकित्सा संस्थान पर इलाज के लिये

		रेफर करें। यदि खतरे के लक्षण नहीं है तो ''निल'' लिखें।
	शिशु का वजन (कि.ग्रा.)[4]	प्रत्येक विजिट के दोरान बच्चे का वजन लेवें और कि.ग्रा. में लिखें और बच्चे के वजन पर नजर रखें। यदि बच्चें के वजन में बढ़ोतरी नहीं हो रही है (खंड–3 के पेरा सं. 3.12.2.4 जन्म के बाद वजन बढ़ाना देखें) अथवा बच्चे के वजन में पिछले बार से कमी हुई है तो बच्चे को इलाज हेतु उचित चिकित्सा संस्थान में रेफर करें।
यदि माता अथवा बच्चे में खतरे के लक्षण दिखाई देवें तो रेफर किये गये चिकित्सा संस्थान का नाम एवं स्थान का विवरण देवें।[5]		
89	माता	यदि माता में कोई खतरे के लक्षण महसूस किए गए तो उसे उच्च चिकित्सा संस्था पर रेफर करें। रेफर किये गये चिकित्सा संस्था का नाम, प्रकार एवं स्थान का विवरण भी देवें। संस्था के प्रकार के लिए फुटनोट नम्बर 5 देखेंः– 1. पीएचसी 2. सीएचसी 3. जिला अस्पताल 4. निजी अस्पताल 5. अन्य कोई (विवरण दें)
	बच्चा	यदि बच्चे में कोई खतरे के लक्षण दिखाई देवें तो उसे उच्च चिकित्सा संस्था पर रेक्षर करें। रेफर किये ये चिकित्सा का नाम, प्रकार एवं स्थान का विवरण भी देवें। संस्था के प्रकार के लिए फुटनोट नं. 5 देखेंः– 1. पीएचसी 2. सीएचसी 3. जिला अस्पताल 4. निजी अस्पताल 5. अन्य कोई
90	प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक साधनों के प्रयोग का उल्लेख करें।[6]	प्रत्येक विजिट के दौरान माता से पूछें कि क्या प्रसवोत्तरकाल में कोई गर्भनिरोधक साधनों का प्रयोग कर रही है। विकल्प के लिए फुटनोट नम्बर 6 देखेंः– 1. आईयूसीडी 2. कण्डोम 3. नसबन्दी (पुरूष) 4. नसबन्दी (महिला) 5. कुछ नहीं 6. अन्य (विवरण दें)
यदि माता अथवा बच्चे की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु की दिनांक एवं मृत्यु का संभावित कारण स्पष्ट करें।		
91	बच्चे की मृत्यु का कारण[7]	प्रसव पश्चात् यदि बच्चे की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु का कारण एवं दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) लिखें। मृत्यु के कारण के लिए फुटनोट नम्बर 7 देखेंः– 1. एसपिक्सिया 2. कम वजन 3. बुखार 4. डायरिया 5. निमोनिया 6. अन्य कोई (विवरण) नोटः– शिशु की मृत्यु के समय आयु (महीनों में) लिखे।
92	माता की मृत्यु का कारण एवं दिनांक[8]	प्रसव पश्चात् यदि माता की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु का कारण व दिनांक (दिन/महीना/वर्ष) लिखें। मृत्यु के कारणों के लिए फुटनोट नम्बर 8 देखेंः–1. इक्लेम्पेशिया 2. पीपीएच 3. एनिमिया 4. उच्चज्वर 5. अन्य कोई (विवरण)
93.	मृत्यु का स्थान घर/अस्पताल/रास्ते में	यदि माता अथवा बच्चे की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु का स्थान (घर/अस्पताल के रास्ते में) स्पष्ट करें।

94.	विवरण (अन्य)	यह कॉलम लाभार्थी से सम्बन्धित कोई अतिरिक्त महत्वपूर्ण सूचना के लिये है अन्यथा इसे खाली छोड़ा जा सकता है।

1. घर आधारित नवजात शिशु देखभाल (एचबीएनसी) योजना में प्रसव के 14वें दिन, 21 वें दिन और 28 वें दिन नवजात के लिए तीन अतिरिक्त विजिट एवं समान रूप से माता के लिए करनी है।
2. (क) पीपीएच (ख) ज्वर (ग) सेप्सिस (ध) गम्भीर असहनीय दर्द (ड) गम्भीर अवसाद (च) सांस लेने में तकलीफ (छ) बुखार (ज) अन्य (विवरण) (झ) कोई नहीं, यदि हॉ तो संस्थान पर रेफर करें।
3. (क) पीलिया (ख) डायरिया (ग) उल्टी (घ) बुखार (ड) हाईपोथर्मिया (च) दोरे (छ) तेज सांस चलना (ज) दूध पीने में तकलीफ/हिलना डुलना कम होना (झ) कोई नहीं कोई भी हॉ तो संस्थान पर रेफर करें।
4. प्रत्येक पीएनसी विजिट के दौरान, बच्चे का वजन लेवें यदि वजन में वृद्धि नहीं है अथवा वजन घट रहा है तो संस्थान पर रेफर करें।
5. (क) पीएचसी (ख) सीएचसी (ग) जिला अस्पताल (घ) निजी अस्पताल (ड) अन्य कोई
6. (क) प्रसव पश्चात् आईयूसीडी (प्रसव के 48 घण्टे के भीतर लगाई जाने वाली पीपीआईयूसीडी) (ख) कण्डोम (ग) नसबन्दी (पुरूष) (घ) प्रसव पश्चात् नसबन्दी (प्रसव के 7 दिनों के भीतर होने वाली नसबन्दी पीपीएस) (ड) कुछ नहीं (च) अन्य कोई (विवरण)
7. बच्चे की मृत्यु का कारण (क) एसपिक्सिया (ख) कम वजन (ग) बुखार (घ) डायरिया (ड) निमोनिया (च) अन्य कोई1 (विवरण)
8. माता की मृत्यु का कारण (क) इक्लेम्पेशिया (ख) पीपीएच (ग) एनिमिया (घ) उच्च ज्वर (ड) अन्य कोई (विवरण)

नोट :–

- प्रसव के 42 दिन बाद, माता को वापस ईसी–2 प्रपत्र में स्थानान्तरित करें और गर्भनिरोधक साधन के उपयोग हेतु योग्य दम्पत्ति के रूप में ट्रेकिंग करें।
- पुरूष नसबन्दी होने पर योग्य दम्पत्ति तीन माह बाद (चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण पत्र प्राप्त करने के उपरान्त) नसबन्दी किया माना जायेगा। महिला नसबन्दी की स्थिती में, योग्य दम्पत्ति दो माह बाद (चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण पत्र प्राप्त करने के उपरान्त) नसबन्दी किया माना जायेगा। ऐसे स्थायी साधन अपनाने वाले योग्य दम्पत्तियों को परिवार नियोजन के साधनों के प्रयोग हेतु मासिक सम्पर्क करने की आवश्यकता नहीं है।
- यदि गर्भवती महिला के पास एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नं. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

भाग–3

शिशु टीकाकरण एवं देखभाल

1.4 खण्ड तीन—बच्चों की ट्रेकिंग

1.4.1 बच्चों की Tracking की सूची (CH)

टेबल —11 बच्चों की ट्रेकिंग के लिये कॉलमवार निर्देश

क्र.सं.	शीर्षक	सूचनाओं को रिकार्ड करने के लिये निर्देश
1	क्र.सं.	इस रजिस्टर में प्रत्येक बच्चे के लिए क्रम संख्या (उदाहरण के लिए 1,2,3,4 और भी आगे) चालू संख्या के नाम से जानी जायेगी । प्रत्येक बच्चे का विवरण उस बच्चे क्रम संख्या के सामने लाइन में लिखना है।
2	बच्चे का एमसीटीएस / आरसीएच आईडी नम्बर	एमसीटीएस / आरसीएच पोर्टल पर बच्चे का रजिस्ट्रेशन करने के बाद कम्प्यूटर से जनरेटेड एमसीटीएस / आरसीएच आईडी नम्बर लिखें।
3	रजिस्ट्रेशन की दिनांक	आरसीएच रजिस्टर में बच्चे का विवरण दर्ज करने की दिनांक (दिन / महीना / बर्ष) लिखें।
4	बच्चे का नाम	बच्चे का नाम लिखें। यदि परिवार के द्वारा बच्चे का नाम निर्धारित नहीं हुआ है तो माता के नाम के साथ लड़का अथवा लड़की लिखें। उदाहरण :— यदि परिवार के द्वारा बच्चे का नाम निर्धारित नहीं हुआ है और बच्चा लड़की है और माता का नाम पदमावती है तो पदमावती की बच्ची लिखें।
	बच्चे का लिंग(पुरूष / महिला)	बच्चे का लिंग लिखें, पुरूष बच्चे के लिये 'M' व महिला बच्ची के लिये 'F' लिखें।
5	माता का नाम	बच्चे की माता का नाम लिखें। जहां पर माता का नाम उपलब्ध नहीं है, (उदाहरण के लिये अनाथ बच्चा) तो बेबी का नाम /केयरटेकर बेबी नाम लिखें।
	पिता का नाम	बच्चे के पिता का नाम लिखें। जहां पर बच्चे के पिता का नाम उपलब्ध नहीं है,(उदाहरण के लिये अनाथ बच्चा) तो बेबी का नाम /केयरटेकर बेबी नाम लिखें।
6	माता / पिता अथवा अन्य किसी के मोबाइल नम्बर (विवरण दें)	माता / पिता अथवा अन्य किसी के मोबाइल नम्बर लिखें। **कृपया इस कॉलम को खाली नहीं छोड़े।** मोबाइल नम्बर लिखना अनिवार्य है।
7	पृष्ठ सं.*	रजिस्टर का वह पेज नम्बर लिखें जहाँ पर सम्बन्धित बच्चे का विवरण लिखा है। **उदाहरण** :—यदि बच्चे का क्रम संख्या 18 है और उसकी रजिस्टर में पेज नम्बर 80 पर सूचना दर्ज है तो इस कॉलम में 80 लिखेंगे।

* रजिस्टर का पेज नम्बर (जिस पर बच्चे का विवरण दर्ज है।)

नोटः—यदि गर्भवती महिला के पास एमसीटीएस / आरसीएच आईडी नं. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

1.4.2 बच्चों की Tracking की सूची (CH-1)

टेबल –12 CH-1 प्रपत्र के लिये कॉलमवार निर्देश

क्र.सं.	शीर्षक	सूचनाओं को रिकार्ड करने के लिये निर्देश
1	क्र.सं.	भाग 3 के इन्डेक्स में सम्बन्धित बच्चे की क्र.सं. के अनुसार समान क्र.सं. लिखें। **उदाहरण :–** यदि भाग 3 में बच्चे की आवंटित क्र.सं. 16 है तो (CH-1) में भी 16 होनी चाहिये। प्रत्येक क्र.सं. के सामने पंक्ति में सम्बन्धित बच्चे पूर्ण सूचना दर्ज करनी है।
2	बच्चे का एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नम्बर	भाग 3 (Tracking of Children) में बच्चे की आवंटित एमसीटीएस/आरसीएच आईडी समान रुप से लिखें। यह आईडी नं. बच्चे के कार्ड पर भी लिखनी है। नोटः– एमसीटीएस/आरसीएच आई डी नम्बर नही होने पर भी बच्चे का ड्यू सेवाएं दिए जाने हेतु मना नहीं किया जा सकता। बच्चे की ड्यू सेवाएं देकर उन्हे रजिस्टर में लिखा जावें। उसके बाद एमसीटीएस/आरसीएच पोर्टल पर आईडी नम्बर प्राप्त करें।
3	बच्चे का नाम	बच्चे का नाम लिखें। यदि परिवार के द्वारा बच्चे का नाम निर्धारित नहीं हुआ है तो माता के नाम के साथ लड़का अथवा लड़की लिखें। **उदाहरण :–** यदि परिवार के द्वारा बच्चे का नाम निर्धारित नहीं हुआ है और बच्चा लड़की है और माता का नाम पदमावती है तो पदमावती की बच्ची लिखें।
4	बच्चे का लिंग(पुरूष/महिला)	बच्चे का लिंग लिखें, पुरूष बच्चे के लिये 'M' व महिला बच्ची के लिये 'F' लिखें।
5	माता का नाम	बच्चे की माता का नाम लिखें।यदि माता का नाम उपलब्ध नहीं है,(अनाथ बच्चा) तो 'बेबी नाम की माता'/ 'बेबी नाम का केयरटेकर' लिखें।
6	माता का एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नम्बर	माता के एमसीटीएस/आरसीएच आईडी वही होने चाहिये जो उस महिला को भाग 1 के योग्य दम्पत्ति के भाग–1 में आवंटित नम्बर है।महिला के यही एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नम्बर उसके सम्पूर्ण गर्भधारण अवधि के लिए 49 वर्ष तक रहेंगे।
7	पता	बच्चे का पूर्ण पता लिखें।
8	बच्चे का जन्म दिनांक	बच्चे के जन्म की दिनांक लिखें। बच्चे के जन्म की दिनांक एवं प्रसव की दिनांक समान होनी चाहिये।
9	जन्म के समय वजन (कि.ग्रा.)	जन्म के समय बच्चे का वजन कि.ग्रा. में लिखें।
10	जन्म का स्थान	बच्चे का जन्म के स्थान उल्लेख करें। (क) पीएचसी (ख) सीएचसी (ग) जिला अस्पताल (घ) निजी अस्पताल (ड़) पंजीकृत निजी अस्पताल (च) उप स्वास्थ्य केन्द्र (छ) घर (ज) अन्य कोई (विवरण देवें।)
11	धर्म	बच्चे का सम्बन्ध किस धर्म से है (हिन्दू/ मुसलमान/ सिख/ ईसाई/ अन्य (विवरण

		देवें) यदि इनके अतिरिक्त अन्य कोई धर्म है तो अन्य लिखकर विवरण देवें।
12	जाति एससी / एसटी / अन्य	बच्चे की जाति का उल्लेख करें (अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य) नोटः– यदि विकल्प अन्य है तो विवरण देवें, ओबीसी, सामान्य आदि।

1.4.3 बच्चों की Tracking की सूची (CH-2)

टेबल –13 CH-2 प्रपत्र के लिये कॉलमवार निर्देश

क्र.सं.	शीर्षक	सूचनाओं को रिकार्ड करने के लिये निर्देश
13	क्र.सं.	CH-1 प्रपत्र में सम्बन्धित बच्चे का लिखा हुआ क्र.सं. ही इस कॉलम में लिखें।
14	बच्चे का नाम	CH-1 प्रपत्र में सम्बन्धित बच्चे का लिखा हुआ क्र.सं. ही इस कॉलम में लिखें।
15	बीसीजी–1	बच्चे को दी गई बीसीजी की खुराक की दिनांक लिखें। बच्चे के सभी टीकों के लिए राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी देखें (भाग–V के संलग्नक–4.5)
16	ओपीवी 1	बच्चे को दी गई ओपीवी की प्रथम खुराक की दिनांक लिखें।
	पेन्टावेलेन्ट 1*	यदि जिले में पेन्टावेलेन्ट खुराक मिलना प्रारंभ हो गई है, तो डीपीटी 1 व हेपेटाइटिस बी 1 नही देवें। डीपीटी व हेपेटाइटिस बी. के स्थान पर पेन्टावेलेन्ट की खुराक देवें। बच्चे को दी गई पेन्टावेलेन्ट की प्रथम खुराक की दिनांक लिखें।
17	ओपीवी 2	बच्चे को दी गई ओपीवी की द्वितीय खुराक की दिनांक लिखें।
	पेन्टावेलेन्ट 2*	यदि जिले में पेन्टावेलेन्ट खुराक मिलना प्रारंभ हो गई है, तो डीपीटी 2 व हेपेटाइटिस बी 2 नही देवें। डीपीटी व हेपेटाइटिस बी के स्थान पर पेन्टावेलेन्ट की खुराक देवें। बच्चे को दी गई पेन्टावेलेन्ट की द्वितीय खुराक की दिनांक लिखें।
18	ओपीवी 3	बच्चे को दी गई ओपीवी की तृतीय खुराक की दिनांक लिखें।
	पेन्टावेलेन्ट 3*	यदि जिले में पेन्टावेलेन्ट खुराक मिलना प्रारंभ हो गई है, तो डीपीटी 3 व हेपेटाइटिस बी 3 नही देवें। डीपीटी व हेपेटाइटिस बी के स्थान पर पेन्टावेलेन्ट की खुराक देवें। बच्चे को दी गई पेन्टावेलेन्ट की तृतीय खुराक की दिनांक लिखें।
	आईपीवी	पेन्टावेलेन्ट की तृतीय खुराक के साथ आईपीवी की एक खुराक दें तथा दिनांक लिखें।
19	मीजल्स I**	बच्चे को दी गई मीजल्स की प्रथम खुराक की दिनांक लिखें। **उसी दिन रजिस्टर का CH-3 प्रपत्र भी भरें।**
	विटामिन ए 1	जब बच्चा मीजल्स की पहली खुराक लेने आता है तो उसी दिन विटामिन ए की प्रथम खुराक देवें और उसकी दिनांक भी लिखें।

	जेई 1	**<u>वर्तमान में प्रदेश में लागू नहीं</u>** यदि जिले में जेई खुराक मिलना प्रारम्भ हो गई है तो बच्चे को उसी दिन जेई की प्रथम खुराक देवें जिस दिन मीजल्स एवं विटामिन ए दी जाती है। खुराक देने की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
20	12 महीनो के भीतर पूर्ण टीकाकृत 2(हाँ/नहीं)	यदि बच्चे ने जीवन के 12 माह (प्रथम जन्मदिन तक) के दौरान समस्त टीकाकरण की खुराक ले ली है तो हाँ लिखें। अधिक जानकारी के लिये फुटनोट नं. 2 को देखें। पूर्ण टीकाकृत बच्चा (12 माह के भीतर) =BCG+DPT1,2,3 OPV 1,2,3 +Hepatitis B1,2,3+Measles 1 यदि पेन्टावेलेन्ट खुराक दिये हुए पूर्ण टीकाकृत बच्चा (12 माह के भीतर) =BCG+OPV 1,2,3+Pentavalent 1,2,3 +Measles1 उपरोक्त परिभाषा के अनुसार यदि बच्चा पूर्ण टीकाकृत नहीं है तो 'नही'लिखें।
यदि कोई बच्चा 16–24 माह के भीतर निम्न में से कोई भी खुराक लेने आता है तो CH-3 प्रपत्र भी उसी दिन भरें।यह प्रपत्र केवल एक ही बार ही भरा जाना है।		
21	ओपीवी बूस्टर #	बच्चे को दी गई ओपीवी बूस्टर की खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	डीटीपी –बूस्टर 1#	बच्चे को दी गई डीटीपी – बूस्टर की प्रथम खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	मीजल्स 2#	बच्चे को दी गई डीटीपी –बूस्टर की द्वितीय खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	विटामिन ए 2#	बच्चे को दी गई विटामिन ए की द्वितीय खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	जेई 2#	बच्चे को दी गई जेई की द्वितीय खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
22	दो वर्ष तक के लिये आवश्यक समस्त खुराक दी गई (हाँ/नहीं)	यदि बच्चे ने जीवन के 24 माह के दौरान समस्त टीकाकरण की खुराक ले ली है ता तो हाँ लिखें। अधिक जानकारी के लिये फुटनोट नं. 3 को देखें: 2 वर्ष की उम्र तक पूर्ण टीकाकृत बच्चा=राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी के अनुसार **12 माह के समस्त टीके** +OPV Booster + DTP Booster 1+ Measles 2 लग चुके हो। परिभाषा के अनुसार यदि बच्चा पूर्ण टीकाकृत नहीं है तो 'नही'लिखें।
23	विटामिन ए–3	बच्चे को दी गई विटामिन ए की तृतीय खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy लिखें।
	विटामिन ए–4	बच्चे को दी गई विटामिन ए की चौथी खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	विटामिन ए–5	बच्चे को दी गई विटामिन ए की पांचवी खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	विटामिन ए–6	बच्चे को दी गई विटामिन ए की छठवीं खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	विटामिन ए–7	बच्चे को दी गई विटामिन ए की सातवीं खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें

	विटामिन ए–8	बच्चे को दी गई विटामिन ए की आठवीं खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें
	विटामिन ए–9	बच्चे को दी गई विटामिन ए की नवीं खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
24	डीटीपी बूस्टर –2	बच्चे को दी गई डीटीपी –बूस्टर की द्वितीय बूस्टर खुराक की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
25	टीकाकरण के बाद कोई प्रतिकूल प्रभाव(AEFI) रिपोर्ट हो (यदि कोई हो)	
	सामान्य /गम्भीर / निल	यदि टीकाकरण के बाद कोई प्रतिकूल प्रभाव (AEFI) रिपोर्ट हो ' सामान्य /गम्भीर' प्रदर्शित करें। स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा जारी दिशा निर्देश के अनुसार 'गम्भी र(AEFI)' को रिपोर्ट किया जाना है। AEFI की परिभाषा जानने क लिये फुटनोट नं. 4 को देखें। गम्भीर AEFI (अस्पताल में भर्ती,जटिल केस, विकलांगता ,मृत्यु) और अन्य समस्त विपरीत प्रभाव **'सामान्य'** माने जाएंगे। कुछ रिपोर्ट करने योग्य AEFI केस की परिभाषा हेतु अनुक्रमणिका 4.7 का प्रयोग करें। यदि AEFI केस नहीं है तो 'निल' लिखें।
	टीके का विवरण	उस वैक्सीन का नाम ,बैच नम्बर , एक्सपायरी दिनांक और दवा निर्माता का नाम लिखें, जिसके कारण AEFI हुआ है।
26	केस बन्द होने का कारण (बच्चे का स्थान परिवर्तन / मृत्यु) यदि मृत्यु हुई है तो दिनांक ,स्थान ,और मृत्यु का संभावित कारण	यदि बच्चे का स्थान परिवर्तन हुआ है अथवा पूर्ण टीकाकरण अवधि में मृत्यु हुई है, तो बच्चे का रिकार्ड रजिस्टर से हटावें और हटाने का उपयुक्त कारण भी लिखें। मृत्यु के संभावित कारणों की अधिक जानकारी के लिये फुटनोट नं. 6 को देखें। एक्सपिक्सिया, जन्म के समय कम वजन, बुखार ,डायरिया, निमोनिया, अन्य कोई (विवरण देवें) इसके अलावा मृत्यु का स्थान भी लिखें (घर /अस्पताल/ अस्पताल ले जाते समय रास्ते में)
27	विवरण	बच्चे से सम्बन्धित अन्य कोई विशेष जानकारी प्रविष्टि के लिये यह कॉलम रखा है अन्यथा कॉलम खाली रखा जा सकता है।

1– राष्ट्रीय टीकाकरण तालिका का प्रयोग करें। (भाग–4 की अनुक्रमणिका–4.5)

2– पूर्ण टीकाकृत बच्चा (12 माह के भीतर) = BCG+DPT1,2,3OPV 1,2,3 +Hepatitis 1,2,3+Measles1 खुराक।

यदि पेन्टावेलेन्ट खुराक दिये हुए पूर्ण टीकाकृत बच्चा (12 माह के भीतर) = BCG+OPV 1,2,3+Pentavalent 1,2,3 +Measles 1 खुराक

3– पूर्ण टीकाकृत बच्चा(24 माह के भीतर) = राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी के अनुसार 12 माह के समस्त टीके लगाये जा चुके हों + OPV Booster + DTP Booster 1+ Measles 2

4– गम्भीर AEFI (अस्पताल में भर्ती,जटिल केस, विकलांगता ,मृत्यु) और अन्य समस्त विपरीत प्रभाव 'सामान्य' माने जाएंगे। यदि AEFI केस नहीं है तो 'निल' लिखें।

5– उस दवा का नाम ,बैच नम्बर , अवधिपर दिनांक और दवा निर्माता का नाम (जिसके कारण AEFI हुआ है) लिखें। यदि AEFI नहीं है तो 'नहीं हुआ है' लिखें।

6– यदि मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु की दिनांक एवं स्थान लिखें (घर /अस्पताल/अस्पताल ले जाते समय रास्ते में), और मृत्यु का संभावित कारण भी लिखें (जन्म के समय कम वजन ,डायरिया, निमोनिया, मीजल्स, बुखार, अन्य कोई (विवरण देवें))

7– विटामिन ए की कुल 9 खुराक पहली 9 महीने पर, दूसरी 18 महीने पर,आगे क्रमानुसार प्रत्येक खुराक 5 वर्ष तक 6 महिने के अन्तर में दी जानी है।

#यदि कोई बच्चा 16–24 माह के भीतर काई खुराक लेने आता है तो CH-3 प्रपत्र भी उसी दिन भरें। यह प्रपत्र केवल एक बार ही भरा जाना है।

*यदि लागू होता है।

** रजिस्टर के प्रपत्र CH-3 भी भरें।

नोटः– यदि बच्चे का एमसीटीएस/आरसीएच आईडी नं. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

प्रत्येक टीकाकरण सत्र के बाद, भाग–4 की अनुक्रमणिका–4.6 के प्रपत्र नम्बर 1 व 2 में नोट करें साथ ही विवरण भी भरें।

1.4.4 बच्चों की Tracking की सूची (CH-3)

टेबल –14 CH-3 प्रपत्र के लिये कॉलमवार निर्देश

क्र.सं.	शीर्षक	सूचनाओं को रिकार्ड करने के लिये निर्देश
28	बच्चे की क्र.सं.	सम्बन्धित बच्चे की क्र.सं. वही लिखी जो CH-2 में लिखी है।
जब बच्चा मीजल्स व विटामिन ए की प्रथम खुराक (9 ये 12 माह) के लिये आए तो मीजल्स वैक्सीन व विटामिन ए की ड्यू खुराक देवें और बच्चे का वजन लेवें और माता से पूछें कि विजिट के पिछले 15 दिन में क्या बच्चे को डायरिया और निमोनिया (बुखार और तेज सांस या छाती में दर्द) हुआ है।		
29	केवल 6 माह तक स्तनपान करवाया(हाँ/नहीं)	जब बच्चा मीजल्स व विटामिन ए की प्रथम खुराक (9 ये 12 माह) के लिये आए तो माता से पूछे कि क्या बच्चे ने 6 माह तक स्तनपान किया है उसी के अनुसार जबाव हाँ या नहीं में लिखें।
30	6 माह बाद स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प प्रारम्भ किया(हाँ/नहीं)	ठीक उसी दिन माता से पूछे कि 6 माह बाद स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प प्रारम्भ किया (हाँ/नहीं) जवाब के अनुसार हाँ या नहीं लिखें।
31	यदि नहीं है, तो किस उम्र से (माह) स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प काम लिया था।	यदि जवाब नहीं है तो माता से पूछे कि किस उम्र से (माह) स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प काम लिया था। बच्चे की उम्र माह में लिखें।
32	विजिट की दिनांक	विजिट की दिनांक (dd/mm/yyyy) लिखें।

	जन्म के समय वजन (कि. ग्रा.)	जन्म के समय बच्चे का वजन किलोग्राम में लिखें।
	डायरिया(हाँ / नहीं)	यदि विजिट के पिछले 15 दिन से क्या बच्चे का डायरिया हुआ है तो तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें।
	यदि हाँ,तो ओआरएस दिया (हाँ / नहीं)	यदि डायरिया हुआ तो माता से पूछे क्या बच्चे को ओआरएस का घोल दिया गया था तो तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें। नोटः—यदि माता को इसकी जानकारी नहीं है या मालूम नहीं है तो ''पता नहीं'' लिखें।
	थ्नमोनिया (बुखार और तेज सांस अथवा छाती में दर्द)(हाँ / नहीं)	यदि बच्चे को विजिट के पिछले 15 दिन से निमोनिया (बुखार और तेज सांस अथवा छाती में दर्द) की शिकायत है तो तद्नुसार 'हाँ / नहीं' लिखें।
	यदि हाँ, एन्टिबायोटिक दी गई(हाँ / नहीं / पता नहीं)	यदि बच्चे को निमोनिया की शिकायत है तो माता से पूछे क्या बच्चे को बीमारी के दौरान एन्टिबायोटिक दी गई (ट्रीटमेंट कार्ड या रेफरल पर्ची को जाँचकर) तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें।
33	जब बच्चा ड्यू खुराक लेने 16—24 माह में लेने आता है तो उसी दिन यह कॉलम केवल एक ही बार भरा जायेगा। बच्चे का वजन लेकर उसकी माता से पूछें कि बच्चे को विजिट के पिछले 15 दिन से डायरिया या निमोनिया(बुखार और तेज सांस अथवा छाती में दर्द) की शिकायत है।	
	विजिट की दिनांक	विजिट की दिनांक(dd/mm/yyyy) लिखें।
	बच्चे का जन्म(कि.ग्रा.)	बच्चे का वजन लेकर किलोग्राम में लिखें।
	डायरिया(हाँ / नहीं)	यदि विजिट के पिछले 15 दिन से क्या बच्चे को डायरिया और निमोनिया हुआ तो तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें।
	यदि हाँ तो ओआरएस दिया (हाँ / नहीं)	यदि डायरिया हुआ तो माता से पूछें कि क्या बच्चे करे ओआरएस का घोल दिया गया था तो तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें नोटः— यदि माता को उसकी जानकारी नहीं है या नहीं या मालूम नहीं है ता ''पता नहीं'' लिखें।
	निमोनिया (बुखार और तेज सांस अथवा छाती में दर्द) (हाँ / नहीं)	यदि बच्चे करे विजिट के पिछले 15 दिन से निमोनिया (बुखार और तेज सांस अथवा छाती में दर्द) की शिकायत है तो तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें।
	यदि हाँ, एन्टिबायोटिक दी गई (हाँ / नहीं / पता नहीं)	यदि बच्चे को निमोनिया की शिकायत है तो माता सक पूछें कि बच्चे का बीमरी के दौरान एन्टिबायोटिक दी गई (ट्रीटमेंट कार्ड या रेफरल पर्ची को जांचकर) तद्नुसार हाँ / नहीं लिखें।
34	अन्य विवरण (यदि कोई है)	बच्चे से संबंधित अन्य कोई विशेष जानकारी प्रविष्टि के लिये यह कॉलम रखा है अन्यथा कॉलम खाली रखा जा सकता है।

नोटः—यदि बच्चे का एमसीटीएस / आरसीउच आईडी नं. नहीं है तो उसे चिकित्सा सेवाओं से वंचित नहीं किया जा सकता है।

भाग–4

अनुसूचियों का विवरण

खण्ड–चतुर्थ

अनुसूचियों का विवरण

खण्ड–चतुर्थ मे तैयार संदर्भ की आठ अनुसूचियाँ है। अनुसूचीवार विवरण निम्नानुसार है–

टेबल–16: अनुसूचीवार विवरण

क्र.सं.	अनुसूची का शीर्षक	अनुसूची का विवरण
4.1	उप–स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर एनीमिया का प्रबन्धन	यदि कोई गर्भवती महिला एनीमियाग्रस्त है अर्थात् जिसका हिमोग्लोबिन स्तर 9–11 ग्राम प्रतिशत है, तो इसका उपस्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर एएनएम के द्वारा प्रबन्ध किया जायेगा। थेरेपेटिक और प्रोफोलेटिक ओरल थेरेपी के द्वारा एनीमियाग्रस्त गर्भवती महिला की एएनसी एवं पीएनसी के दौराल देखभाल की जायेगी और सावधानी हेतु ओरल थेरेपी के रूप में आईएफए की गोलियाँ दी जायेगी।
4.2	गर्भावस्था के दौरान भ्रूण के विस्तार का मापदण्ड	गर्भावस्था के अलग–अलग सप्ताह के दौरान भ्रूण के आकार में वृद्धि होती है और गर्भावस्था के 12 सप्ताह पश्चात् पालपेटिंग एबडोमेन के द्वारा इसके आकार को मापा जा सकता है। एएनएम की सविधा हेतु/भ्रूण के विस्तार का एबडोमिनल टेस्ट के द्वारा निर्धारण करने के लिये गर्भावस्था के सप्ताहों की संख्या दी जाती है।
4.3	संभावित लाभान्वित महिलाओं की गणना करना	फील्ड स्तर पर प्रसव स्वास्थ्य सेवाओं की माइक्रोप्लानिंग करने हेतु एएनएम को उसके क्षेत्र की संभावित लाभान्वित महिलाओं की संख्या की जानकारी होनी चाहिये। जनसंख्या के आधार पर संभावित जीवित जन्म, गर्भवती महिलाओं की संख्या, योग्य दम्पत्तियों की संख्या निकालने के बारे में उदाहरण सहित व्याख्या की गई है।
4.4	अनुमानित प्रसव दिनांक(ईडीडी) की गणना हेतु रेडिरेकनर कलेन्डर	अनुमानित प्रसव दिनांक(ईडीडी) की सीधे ही गणना रेडिरेकनर तालिका की सहायता से गर्भवती की एलएमपी के प्रथम दिवस से की जा सकती है। तालिका की प्रथम पंक्ति महीना एवं एलएमपी की दिनांक तथा दूसरी पंक्ति एलएमपी के अनुसार अनुमानित प्रसव दिनांक तथा तीसरी पंक्ति एलएमपी के लिये तथा चौथी पंक्ति अनुमानित प्रसव की दिनांक प्रदर्शित करती है। **उदाहरणः**–यदि एलएमपी के प्रथम दिन की दिनांक 10–7–2013 है, तो इस टेबल के अनुसार अनुमानित प्रसव की दिनांक 16–4–2014 होगी।
4.5	गर्भवती महिला, नवजात शिशु एवं बच्चों के लिये राष्ट्रीय टीकाकरण तालिका तैयार करना	गर्भवती महिला, नवजात शिशु एवं बच्चों के लिये राष्ट्रीय टीकाकरण तालिका में कुछ सूचनाएं जैसे वेक्सीन का प्रकार, समय, खुराकों, वितरण का क्षेत्र और टीकाकरण स्थल आदि की जानकारी दी जाती है।
4.6	एएनएम के द्वारा टीकाकरण सत्र की मासिक रिपोर्ट हेतु प्रपत्र	
	प्रपत्र–1	प्रत्येक टीकाकरण सत्र के अन्त में सत्र के दौरान काम आने वाले सामान की सूची बनाएं। वैक्सीन की मात्रा, बेच नम्बर, निर्माता का नाम और प्रत्येक दवा

	टीकाकरण सत्र के दौरान काम आने वाला सामान	की शीशी की एक्सपायरी दिनांक, सत्र के दौरान काम आने वाली सुईयों के बारे में जानकारी प्रपत्र–1 में लिखें।
	प्रपत्र–2 प्रत्येक शीशीवार लाभान्वितों की संख्या	प्रत्येक टीकाकरण सत्र के अन्त में विभिन्न प्रकार की दवा की शीशियों एवं प्रत्येक शीशी में खुराकों की संख्या (पहली, दूसरी, तीसरी अथवा बूस्टर डोज) का विवरण तैयार करें।
4.7	रिपोर्ट किये जाने वाले टीकाकरण के पश्चात् होने वाले प्रतिकूल प्रभावों की जानकारी(AEFI)	रिपोर्ट किये जाने वाले (AEFI) प्रकरण की परिभाषा दी गई है।
4.8	एएनसी जाँच हेतु गर्भवती महिला गर्भावस्था के संबंधित सप्ताह में चिकित्सा संस्थान पर सुविधा लेने आती है।	पूर्वनिर्धारित नियमानुसार, गर्भवती महिला द्वारा एएनसी जाँच कराने हेतु एएनसी विजिट को उदाहरण सहित समझाया गया है।

अनुसूची–4.1 उपस्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर एनीमिया केस का प्रबन्धन

उपस्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर एनीमिया को जाँचने के लिये प्रत्येक गर्भवती महिला एवं धात्री माता की एएनएम के द्वारा स्टेण्डर्ड एचबी कलर स्केल अथवा सहलीज हीमोग्लोबीन मीटर के द्वारा एनीमिया पीड़ित महिला की जाँच करें।

एनीमिया का उपचार

यदि गर्भवती महिला एवं धात्री माता 1. कमजोर महसूस कर रही है, अथवा सांस लेने में तकलीफ हो रही है 2. चिकित्सकीय परीक्षण में आंखे, जीभ अथवा नाखून पीले हो रहे हैं 3. प्रयोगशाला जाँच में एचबी स्तर 9–11 ग्राम प्रतिशत पाया जाए तो उपस्वास्थ्य केन्द्र पर उसका उपचार करें। **यदि हिमोग्लोबीन का स्तर 9 ग्राम या उससे कम प्रतिशत पाया जाए तो एनीमिया के उपचार हेतु उसे उच्च संस्थान पर रेफर करें।**

(1) प्रसव पूर्व एवं प्रसव पश्चात् की अवधि में प्रोफाइलेक्टिक ईलाजः–

- यदि महिला का प्रसव पूर्व एवं प्रसव पश्चात् एचबी स्तर 11 ग्राम प्रतिशत से अधिक है तो चिकित्सकीय शासन के अनुसार आयरन फोलिड एसिड की 100 टेबलेट (100 mg आयरन एवं 500 mcg फोलिक एसिड) दी जानी है यथा एक आईएफए की गोली प्रतिदिन 100 दिन तक साथ ही साथ 100 दिनों तक प्रसवोत्तर काल दी जावे।

(2) प्रसव पूर्व एवं प्रसव पश्चात् चिकित्सीय शासनः–

- यदि महिला का एचबी लेवल प्रसव पूर्व एवं पश्चात् 9–11 ग्राम प्रतिशत के बीच है तो आयरन फोलिक एसिड की 200 टेबलेट (100 एमजी आयरन एवं 500 एमसीजी फोलिक एसिड) दी जानी चाहिए अर्थात् 2 आईएफए गोली प्रतिदिन 100 दिनों के लिये एएनसी अवधि में तथा 100 दिनों तक पीएनसी पीरियड में दी जावें।

- मासिक अंतराल पर एचबी स्तर की जाँच करें, यदि 2 आएफए की गोली तथा पूरक आहार के प्रबंधन के बावजूद भी एचबी लेवल नहीं बढ़ता है तो महिला को आगे प्रबंधन के लिए उच्च संस्था के लिए रेफर करें।

(3) प्रसव पूर्व एवं प्रसव पश्चात् की अवधि में थेरोपेटिक ईलाज करना (चिकित्सीय परीक्षण के आधार पर)

- आयरन फोलिक एसिड की थेरोपेटिक खुराक (एलिमेन्टल आयरन की आईएफए–100 mg तथा फोलिक एसिड की 500 mcg) जैसेः चिकित्सीय लक्षण दिखलाई देने पर आईएफए की गोली 2 गोली प्रतिदिन प्रारम्भ की जा सकती है। इस प्रकार के कैसेज को एचबी परीक्षण के द्वारा एनीमिया सुनिश्चित करवाने हेतु उच्च संस्थान पर भिजवाया जा सकता है।

आईएफए गोलियों की ओरल थेरेपी हेतु बरती जाने वाली सावधानियाँः–

- आईएफए की गोलियां उपचार पूर्ण होने तक नियमित लेनी चाहिए।

- आईएफए की गोलियां खाली पेट ही लेनी चाहिए। गैस, कब्ज एवं उल्टी होने की स्थिति में खाना खाने के एक घण्टा बाद लेनी चाहिए।

- आईएफए की गोलियां कभी भी चाय, कॉफी, दूध और कैल्सियम गोलियों के साथ नहीं लेनी चाहियें।

- आईएफए की गोलियों के साथ खुराक में आयरन, विटामिन सी, प्रोटीन, मिनरल और अन्य न्यूट्रीन वाला खाना जैसे हरी पत्तेदार सब्जी, माँस, मछली, फल, दूध, अण्डा लेना चाहिए।

- महिला को अधिक से अधिक पानी पीना एवं संतुलित खुराक लेनी चाहिए।

- महिला को आईएफए गोलियों के सामान्य दुष्प्रभाव तथा उपचार पूर्ण होने तक लगातार गोलियाँ नहीं लेने के नुकसान के बारे में जानकारी दी जानी चाहिये।

अनुसूची–4.2 गर्भावस्था के दौरान भ्रूण के विस्तार का मापदण्ड

टेबल–17: गर्भावस्था के भिन्न–भिन्न सप्ताह के दौरान भ्रूण का विस्तार

Abdominal Examination	Fundal Height in terms of Number of Weeks of Pregnancy
Just Pallable above the symphysis pubis	At 12th week
At lower one-third of the distance between the symphysis pubis and umbilicus	At 16th week
At two-third of the distance between the symphysis pubis and umbilicus	At 20th week
At the level of the umbilicus	At 24th week
At lower one-third of the distance between the umbilicus and xiphisternum	At 28th week
At two-third of the distance between the umbilicus and xiphisternum	At 32th week
At the level of the xiphisternum	At 36th week
Sink back to the level of the 32nd week, but the flanks are full, unlike that in the 32nd week	

यदि भ्रूण के विस्तार और एलएमपी के आधार पर प्रसव की अनुमानित दिनांक में यदि कोई भिन्नता आ रही है अथवा पिछली जाँच की तुलना में भ्रूण में विस्तार नहीं हो पा रहा है तो इसे गम्भीरता से लिया जाना चाहिए। गर्भवती महिला को बेहतर इलाज हेतु उच्च संस्थान पर रेफर किया जाना चाहिए।

अनुसूची–4.3 अनुमानित लाभान्वित महिलाओं की संख्या की गणना करना:–

दी हुई जनसंख्या के आधार पर अनुमानित जीवित जन्म, गर्भवती महिलाएं और योग्य दम्पत्तियों की संख्या की गणना हेतु निम्नलिखित सूत्र/प्रक्रिया काम में लेवें।

I. जीवित जन्म की गणना:–

a) जीवित जन्म की गणना हेतु जन्म दर और उस क्षेत्र की कुल जनसंख्या होना आवश्यक है।

b) प्रतिवर्ष अनुमानित जीवित जन्म (Y) की गणना करने के लिये=जन्म दर (प्रति 1000 जनसंख्या) X गांव/क्षेत्र की कुल जनसंख्या/1000 25/1000X500=125

c) जीवित जन्म का सही अनुमान लगाने के लिये जन्म दर के उपलब्ध स्थानीय आंकडे काम लिये जाने चाहिये।

II. गर्भावस्था का अनुमान लगाना:–

गर्भपात अथवा मृत जन्म के कारण कुछ प्रिगनेन्सी से जीवित जन्म नहीं हो पाते है इस कारण अनुमानित जीवित जन्म, गर्भवती महिलाओं की संख्या से कम हो जाती है। इसलिये 10 प्रतिशत करेक्शन फेक्टर रहना चाहिए और 10 प्रतिशत कर आंकडा इसमें जोड़ना है, जैसे Y यहां अनुमानित गर्भवती महिलाओं की संख्या ज्ञात करने का सूत्र (z)=Y+10% of Y

उदाहरण:–

a) जन्म दर	= 25/1000 जनसंख्या
b) गांव अथवा क्षेत्र की जनसंख्या	= 1000
c) अनुमानित जीवित जन्म	= 25X1000/1000=25 जीवित जन्म
d) करेक्शन फैक्टर(गर्भ नष्ट)	= 25 का 10%=2.5 or 3

इस प्रकार एक वर्ष में अनुमानित गर्भवती महिलाएं =25+3=28 लगभग

- **सामान्य नियम के रूप में, किसी भी दिए गए महिने में किसी भी क्षेत्र की अनुमानित गर्भवती महिलाएं की आधी रजिस्टर में रिकॉर्डेड होनी चाहिये। ऊ**पर दिये गये उदाहरण में एएनएम के पास किसी भी समय में 1000 की जनसंख्या के आधार पर जन्म दर 1000 पर 25 के अनुसार 14 गर्भवती महिलाएं रजिस्टर्ड होनी चाहिये।
- यदि अनुमानित संख्या से कम महिलाएं पंजीकृत होती है तो आशा एवं संबद्ध वर्कर को क्षेत्र के प्रत्येक घर पर संपर्क करने हेतु कहे एवं यह सुनिश्चित करें कि समस्त गर्भवती महिलाएं रजिस्टर्ड की जा चुकी है।

- कुछ गर्भवती महिलाएं निजी अस्पताल से एएनसी की सेवायें लेती है तो यह सुनिश्चित करें कि उनके नाम उस चिकित्सा संस्था का नाम भी एएनएम के आरसीएच रजिस्टर में दर्ज होना चाहिये जहां पर वह चिकित्सा सेवा ले रही है।

III. योग्य दम्पत्तियों की अनुमानित संख्या

- किसी भी समय पर 1000 की जनसंख्या में अनुमानित योग्य दम्पत्तियों की संख्या 160 से 170 के बीच होगी और लगभग 8 से 10 योग्य दम्पत्ति प्रति वर्ष (विवाह/बाहर से आकर बसने के कारण) जुड़ जाते हैं और 8–10 योग्य दम्पत्ति (नसबंदी, विस्थापित/रजोनिवृति एवं अन्य कारणों से) हटा दिये जाते है।

Annexure 4.4 : Ready Reckoner Calendar for Calculation of Expected Date of Delivery

LMP	January	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	January	LMP
EDD	October	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	November	EDD
LMP	February	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	-	-	-	February	LMP
EDD	November	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	-	-	-	December	EDD
LMP	March	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	March	LMP
EDD	December	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	January	EDD
LMP	April	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	April	LMP
EDD	January	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	-	February	EDD
LMP	May	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	May	LMP
EDD	February	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	March	EDD
LMP	June	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	June	LMP
EDD	March	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		April	EDD
LMP	July	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	July	LMP
EDD	April	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	May	EDD
LMP	August	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	August	LMP
EDD	May	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	June	EDD
LMP	September	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	September	LMP
EDD	June	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	-	July	EDD
LMP	October	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	October	LMP
EDD	July	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	August	EDD
LMP	November	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	November	LMP
EDD	August	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		September	EDD
LMP	December	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	December	LMP
EDD	September	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	October	EDD

Annexure – 4.5 : National Immunization Schedule (NIS) for Pregnant Women, Infants and Children

Vaccine	When to give	Dose	Route	Site
For Pregnant Women				
TT-1	Early in pregnancy	0.5 ml	Intra-muscular	Upper Arm
TT-2	4 weeks after TT-1*	0.5 ml	Intra-muscular	Upper Arm
TT- Booster	If two doses of TT received during pregnancy within the last 3 Years*	0.5 ml	Intra-muscular	Upper Arm
For Infants				
BCG	At birth or as early as possible till one year of age	0.1ml/(0.05ml until 1 month of age)	Intra-dermal	Left Upper Arm
Hepatitis B -0	At birth or as early as possible within 24 hours of birth	0.5 ml	Intra-muscular	Antero-lateral side of mid-thigh
OPV-0	At birth or as early as possible within the first 15 days of birth	2 drops	Oral	Oral
OPV 1,2 & 3	At 6 weeks, 10 weeks & 14 weeks	2 drops	Oral	Oral
DPT 1,2 & 3	At 6 weeks, 10 weeks & 14 weeks	0.5 ml	Intra-muscular	Antero-lateral side of mid-thigh
Hepatitis B 1, 2 & 3	At 6 weeks, 10 weeks & 14 weeks	0.5 ml	Intra-muscular	Antero-lateral side of mid-thigh
Pentavalent Vaccine 1,2 & 3**	At 6 weeks, 10 weeks & 14 weeks	0.5 ml	Intra-muscular	Antero-lateral side of mid-thigh
Measles 1	At 9 completed months to 12 months.	0.5 ml	Sub-cutaneous	Right upper Arm
Vitamin A (1st dose)	At 9 completed months with measles	1 ml (1 lakh IU)	Oral	Oral
Japanese Encephalitis (1st Dose)***	At 9 completed months	0.5 ml	Sub-cutaneous	Left Upper Arm
For Children				
DPT Booster-1	16-24 months	0.5 ml	Intra-muscular	Antero-lateral side of mid-thigh
OPV Booster	16-24 months	2 drops	Oral	Oral
Measles- 2nd Dose	16-24 months	0.5 ml	Sub-cutaneous	Right upper Arm
Japanese Encephalitis (2nd Dose)***	16-24 months	0.5 ml	Sub-cutaneous	Left Upper Arm
Vitamin A (2nd to 9th dose)	18 months (2nd dose). Thereafter, one dose at every 6 months up to the age of 5 years.	2 ml (2 lakh IU)	Oral	Oral
DPT Booster-2	5-6 years	0.5 ml.	Intra-muscular	Upper Arm
TT	10 years & 16 years	0.5 ml	Intra-muscular	Upper Arm

* Give TT-2 or booster dose before 36 weeks of pregnancy. However, give TT even if more than 36 weeks have passed. Give inj. TT to a woman in labour, if she has not previously received inj. TT.
** Pentavalent Vaccine 1, 2 & 3 is introduced in place of DPT 1, 2 & 3 and Hepatitis B 1, 2 & 3 in selected States.
*** JE vaccine, in selected endemic districts.

Annexure-4.6 : Formats for Monthly Reporting of Immunization Session by the ANM (Sample)

Write the Details of Each Immunization Session in Format Nos. 1 & 2 (to be Used for Monthly Reporting)

Format - 1

Name of Village/Area Date (DD/MM/YYYY)
Records of Logistic used for Each Immunization Session

	Quantity in Doses Received	Quantity in Doses Returned	Batch No.	Name of Manufacturer	Date of Expiry
Antigen Used					
BCG					
OPV					
DPT					
Measles					
Hepatitis B					
TT					
Pentavalent Vaccine					
JE					
Vit A					
Diluent Used					
BCG Diluent					
JE Diluent					
Measles Diluent					
Size of Syringes used					
0.1 ML					
0.2 ML					
0.5 ML					
5 ML					

Format-2

Name of Village/Area Date (DD/MM/YYYY)
Summary of Each Immunization Session (Antigen-Wise Number of Beneficiary)

Antigen and Dose Wise Number of Beneficiary

Antigen	0	1	2	3	Booster-1	Booster-2
BCG						
OPV						
DPT						
Hepatitis B						
Measles						
TT (PW)*					BOOSTER (IF APPLICABLE)	
JE						
Pentavalent Vaccine						

Vit A Dose (1-9)**

Vitamin A Syrup	1st Dose	2nd Dose	3rd Dose	4th Dose	5th Dose	6th Dose	7th Dose	8th Dose	9th Dose

* 2nd or Booster Dose

** Total 9 Doses- 1st at 9 months, 2nd at 18 months, 3rd at 24 months. Subsequently, One dose each at 6 months interval up to 5 Years of age

Annexure-4.7: Case Definitions of Some Reportable Adverse Events Following Immunization (AEFI)

No.	AEFI	Case definition	Vaccine
1	Vaccine associated paralytic poliomyelitis (presenting as AFP)	An acute flaccid paralysis 4–30 days following receipt of oral polio vaccine (OPV), or within 4–75 days after contact with a recipient of OPV with neurological deficits remained 60 days after onset of illness.	OPV
2	Anaphylactoid reaction (acute hypersensitivity reaction)	Exaggerated acute allergic reaction, occurring within 2 hours after immunization, characterized by one or more of the following: ▪ Wheezing and shortness of breath due to bronchospasm ▪ Laryngospasm /laryngeal oedema ▪ One or more skin manifestations, e.g. hives, facial oedema, or generalized oedema.	All
3	Anaphylaxis	Severe immediate (within 1 hour) allergic reaction leading to circulatory failure with or without bronchospasm and/or laryngospasm/laryngeal oedema.	All
4	Disseminated BCG infections	Widespread infection occurring within 1 to 12 months after BCG vaccination and confirmed by isolation of Mycobacterium bovis BCG strain. Usually occurred in immuno-compromised individuals.	BCG
5	Encephalopathy	Acute onset of major illness characterized by any two of the following three conditions: ▪ Seizures ▪ Severe alteration in level of consciousness lasting for one or more days ▪ Distinct change in behaviour lasting for one or more days Relate to immunization, if any two of the above illnesses occurred within 48 hours of DPT vaccine or from 7 to 12 days after measles vaccine,	Measles , Pertussis
6	Fever	Fever can be classified (based on temperature) as follows: Mild fever: 100.4°F to 102°F (38° to 38.9°C), High fever: 102°F to 104.7°F (39° to 40.4°C) and Extreme fever: 104.7°F or higher (>40.5°C).	All

No.	AEFI	Case definition	Vaccine
7	Hypotonic, hypo responsive episode (HHE) or shock/ collapse	Event of sudden onset occurring within 48 [usually less than 12] hours of vaccination and lasting from one minute to several hours in children younger than 10 years of age. All of the following must be present: ▪ Limpness (hypotonic) ▪ Reduced responsiveness (hypo responsive) ▪ Pallor or cyanosis or failure to observe/ recall	Mainly DPT, rarely others
8	Injection site abscess	Fluctuant or draining fluid filled lesion at the site of injection. Bacterial if evidence of infection (e.g. purulent, inflammatory signs, fever, culture), Sterile abscess if no evidence of bacterial infection on culture. Sterile abscesses are usually due to the inherent properties of the vaccine.	All injectable vaccines
9	Lymphadenitis (includes Suppurative lymphadenitis)	Either at least one lymph node enlarged to >1.5 cm in size (one adult finger width) or a draining sinus over a lymph node. Almost exclusively caused by BCG and then occurring within 2 to 6 months after receipt of BCG vaccine, on the same side as inoculated (mostly axillary lymph nodes).	BCG
10	Osteitis/ Osteomyelitis	Inflammation of the bone with isolation of Mycobacterium bovis BCG strain.	BCG
11	Persistent inconsolable screaming	Inconsolable continuous crying lasting for 3 hours or longer accompanied by high pitched screaming.	DPT, Pertussis
12	Seizures	Occurrence of generalized convulsions that are not accompanied by focal neurological signs or symptoms. Febrile seizures: if temperature elevated >100.4°F or 38°C (rectal) Afebrile seizures: if temperature is normal	All, especially Pertussis, Measles
13	Sepsis	Acute onset of severe generalized illness due to bacterial infection and confirmed (if possible) by positive blood culture. This needs to be reported (an indicator of Programme error).	All injectable vaccines
14	Severe local reaction	Redness and/or swelling centered at the site of injection and one or more of the following: ▪ Swelling beyond the nearest joint ▪ Pain, redness, and swelling of more than 3 days ▪ Requires hospitalization. Local reactions of lesser intensity occur commonly and are trivial.	All injectable vaccines
15	Toxic shock syndrome (TSS)	Abrupt onset of fever, vomiting and watery diarrhoea within a few hours of immunization. Often leading to death within 24 to 48 hours. Report as a possible indicator of program error	All injectable vaccines

अनुसूची–4.8 गर्भवती महिला की संबंधित सप्ताह में एएनसी जाँच के लिये चिकित्सा संस्थान की विजिट करना

1. गर्भवती महिला की एएनसी जाँच की अनुसूची

गर्भवती महिला को एएनसी जाँच के लिये कम से कम चिकित्सा संस्थान पर चार विजिट करनी चाहिये। गर्भावस्था के दौरान एएनसी विजिट की अनुसूची (मॉनक प्रोटोकोल) निम्नानुसार हैः–

प्रथम विजिटः–	गर्भावस्था के 12 सप्ताह के भीतर
द्वितीय विजिटः–	गर्भावस्था के 14 से 26 सप्ताह के भीतर
तृतीय विजिटः–	गर्भावस्था के 28 से 34 सप्ताह के भीतर
चतुर्थ विजिटः–	36 सप्ताह और पूर्ण समय के बीच/अनुमानित प्रसव की दिनांक (ईडीडी)

फिर भी यदि गर्भवती महिला ऊपर दी गई अवधि के अतिरिक्त अन्य किसी अवधि में एएनसी चैकअप के लिये चिकित्सा संस्थान पर आती है तो उसे किसी भी सेवा के लिये मना नहीं किया जा सकता है।

2. एएनसी जाँच विजिट की संख्याः–

एएनएम को गर्भवती महिला द्वारा चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु की गई विजिट का विवरण दर्ज करने में सहायता हेतु उदाहरण सं.4 गर्भवती महिला जो गर्भावस्था के भिन्न–भिन्न समय में चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु आती है,का विवरण निम्नानुसार हैः–

2.1 एएनसी की प्रथम जाँचः–

पीडब्लू 1(अनीता):	प्रथम बार अनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 12 सप्ताह के मध्य आती है।
पीडब्लू 1(सुनीता):	प्रथम बार सुनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 14–26 सप्ताह के मध्य आती है।
पीडब्लू 1(विमला):	प्रथम बार विमला चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 28–34 सप्ताह के मध्य आती है।
पीडब्लू 1(सुमन):	प्रथम बार सुमन चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 36 सप्ताह से अनुमानित प्रसव की दिनांक के मध्य आती है।

समस्त चारों गर्भवती महिलाओं (अनीता, सुनीता, विमला, सुमन) का विवरण आरसीएच रजिस्टर में प्रथम एएनसी चैकअप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज किया जावें।

2.2 एएनसी की द्वितीय जाँचः–

पीडब्लू 1(अनीता): दूसरी बार अनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 14—26 सप्ताह के मध्य आती है। अनीता का विवरण आरसीएच रजिस्टर में द्वितीय एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज की जावें।

पीडब्लू 1(सुनीता): दूसरी बार सुनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 14—26 सप्ताह के मध्य आती है। सुनीता का विवरण आरसीएच रजिस्टर में द्वितीय एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज की जावें।

पीडब्लू 1(विमला): दूसरी बार विमला चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था (अनुमानित प्रसव दिनांक) के 36 सप्ताह के मध्य आती है। विमला का विवरण आरसीएच रजिस्टर में द्वितीय एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये।

समस्त तीनों गर्भवती महिलाओं (अनीता, सुनीता, विमला) का विवरण आरसीएच रजिस्टर में द्वितीय एएनसी चैकअप वाली विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये। यद्यपि चौथी गर्भवती महिला सुमन के प्रथम चैकअप विजिट के बाद डिलेवरी हो जायेगी।

2.3 एएनसी की तृतीय जाँचः—

गर्भवती महिला 1 (अनीता): तीसरी बार अनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 28—34 सप्ताह के मध्य आती है। अनीता का विवरण आरसीएच रजिस्टर में तीसरी एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये।

गर्भवती महिला 1 (सुनीता): तीसरी बार सुनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 36 सप्ताह से अनुमानित प्रसव की दिनांक के मध्य आती है। सुनीता का विवरण आरसीएच रजिस्टर में तीसरी एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये। दोनों गर्भवती महिलाओं (अनीता, सुनीता) का विवरण आरसीएच रजिस्टर में तृतीय एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये। तीसरी गर्भवती महिला विमला के द्वितीय चैक अप विजिट के बाद डिलेवरी हो जायेगी।

2.4 एएनसी की चतुर्थ जाँचः—

गर्भवती महिला 1 (अनीता): चौथी बार अनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 36 सप्ताह से अनुमानित प्रसव दिनांक के मध्य आती है। अनीता का विवरण आरसीएच रजिस्टर में चौथी एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये। गर्भवती महिला अनीता का विवरण आरसीएच रजिस्टर में चौथी बार एएनसी चैक अप विजिट वाली पंक्ति में दर्ज करनी चाहिये। दूसरी गर्भवती महिला सुनीता के तृतीय चैक अप विजिट के बाद डिलेवरी हो जायेगी।

2.5 गर्भवती महिला की विभिन्न एएनसी जाँचों का संक्षेपणः—

गर्भवती महिला 1(अनीता): प्रथम बार अनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 12 सप्ताह के मध्य आती है तो उसकी एएनसी की चार बार जाँचे होगी।

गर्भवती महिला 1(सुनीता): प्रथम बार सुनीता चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 14–26 सप्ताह के मध्य आती है तो उसकी एएनसी की तीन बार जाँचे होगी।

गर्भवती महिला 1(विमला): प्रथम बार विमला चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 28–34 सप्ताह के मध्य आती है तो उसकी एएनसी की दो बार जाँचे होगी।

गर्भवती महिला 1(विमला): प्रथम बार सुमन चिकित्सा संस्थान पर एएनसी जाँच हेतु गर्भावस्था के 36 सप्ताह के मध्य आती है तो उसकी एएनसी की केवल एक बार जाँचे होगी।

समस्तचारों गर्भवती महिलाओं (अनीता, सुनीता, विमला, सुमन) के दिये गये उदाहरण को तालिका के रूप में नीचे दर्शाया गया है।

Visit of Pregnant Women to Health Facility for ANC Check-Up with Respect to Weeks of Pregnancy

Scheduled period of pregnancy(Services)	Within 12 Weeks (ANC-1)*	14-26 Weeks (ANC-2)*	28-34 Weeks (ANC-3)*	36 Weeks up to EDD (ANC-4)*	No. of times ANC check-up required as per scheduled period	Remarks
Column No. of the table	1	2	3	4	5	6
1st Visit (PW is coming first time for ANC Check-up)	PW 1 (Anita)	X	X	X	PW 1 (Anita) requires three additional visits for ANC check-up	Give due services and write the details of PW1 (Anita), PW2 (Sunita), PW3(Vimla) & PW4 (Suman) in the RCH register in front of the 1st visit row for ANC check-up.
	X	PW 2 (Sunita)	X	X	PW 2 (Sunita) requires two additional visit for ANC check-up	
	X	X	PW 3 (Vimla)	X	PW 3 (Vimla) requires one additional visit for ANC check-up	
	X	X	X	PW 4 (Suman)	PW 4 (Suman) does not requires any additional visit for ANC check-up	
2nd Visit (PW is coming second time for ANC Check-up)	X	PW 1 (Anita)	X	X	PW 1 (Anita) requires two additional visits for ANC check-up	Give due services and write the details of PW1 (Anita), PW2 (Sunita) & PW3(Vimla) in the RCH register in front of the 2nd visit row for ANC check-up.
	X	X	PW 2 (Sunita)	X	PW 2 (Sunita) requires one additional visit for ANC check-up	
	X	X	X	PW 3 (Vimla)	PW 3 (Vimla) does not requires one additional visit for	

					ANC check-up	
PW 4 (Suman) may have delivered after her 1st visit check-up					**PW 4 (Suman) has received ANC check-up one time**	
3rd Visit (PW is coming third time for ANC Check-up)	X	X	PW 1 (Anita)	X	PW 1 (Anita) requires one additional visits for ANC check-up	Give due services and write the details of PW1 (Anita), PW2 in the RCH register in front of the 3rd visit row for ANC check-up.
	X	X	X	PW 2 (Sunita)	PW 2 (Sunita) does not requires any additional visit for ANC check-up	
PW 3 (Vimla) may have delivered after her 2nd visit check-up					**PW 3 (Vimla) has received ANC check-up two time**	
4th Visit (PW is coming fourth time for ANC Check-up)	X	X	X	PW 1 (Anita)	PW 1 (Anita) requires ANC check-ups four times	Give due services and write the details of PW1 (Anita) in the RCH register in front of the 4th visit row for ANC check-up.
PW 2 (Sunita) may have delivered after her 3rd visit check-up					**PW 2 (Sunita) has received ANC check-up three time**	

उपरोक्त उदाहरण के माध्यम से गर्भवती महिला की एएनसी जाँचों की निश्चित समय तालिका प्रदर्शित की गई है। यह प्रोटोकोल उन समस्त गर्भवती महिलाओं पर लागू होगा जिनकी एएनसी सेवाओं/विजिट की 13 सप्ताह, 27 सप्ताह एवं 35 सप्ताह की अवधि की ट्रेकिंग की जा रही है। उदाहरण के लिये यदि गर्भवती महिला गर्भावस्था के 13 वे सप्ताह में प्रथम बार एएनसी जाँच हेतु आती है तो उसकी प्रथम एएनसी चैक अप की डिटेल प्रथम एएनसी मानी जायेगी एवं एएनसी की प्रथम विजिट के रूप में दर्शायी जायेगी। इसी प्रकार यदि वही गर्भवती महिला 27 वें सप्ताह में आती है तो उसकी एएनसी चैकअप की डिटेल दूसरी एएनसी मानी जायेगी एवं एएनसी की द्वितीय विजिट के रूप में दर्शायी जायेगी। इसी प्रकार वही गर्भवती महिला 35 वें सप्ताह में आती है तो उसकी एएनसी चैकअप की डिटेल तीसरी एएनसी मानी जायेगी एवं एएनसी की तीसरी विजिट के रूप में दर्शायी जायेगी। लेकिन फिर भी दो एएनसी जाँचों के बीच कम से कम 4 सप्ताह का अन्तराल होना चाहिए।

नोटः–

हाई रिस्क प्रेगनेन्सी की स्थिति में गर्भवती महिला एएनसी की जाँचों के लिये चार बार से अधिक बार चिकित्सा संस्था पर आ सकती है। उसकी केस की जटिलता के अनुसार उसे आवश्यक चिकित्सा सेवाएं प्रदान की जायेगी। निर्धारित मापदण्डानुसार गर्भवती महिला की कम से कम चार जाँचों 12 सप्ताह, 14 से 26 सप्ताह, 28 से 34 सप्ताह और 36 सप्ताह से पूर्ण समय होने तक का विवरण आरसीएच रजिस्टर में दर्ज होना चाहिये।

अध्याय–2

प्रयुक्त शब्दों की कार्यकारी परिभाषाएं

अध्याय–2

प्रयुक्त शब्दों की कार्यकारी परिभाषाएं

पुस्तिका मे प्रयुक्त शब्दों की परिभाषा निम्नानुसार हैः–

तालिका–15: मेन्यूवल में प्रयुक्त शब्दो की परिभाषा

स.	प्रयूक्त शब्द	परिभाषा
1	गर्भपात	गर्भपात महिला के 20 सप्ताह से पूर्व के गर्भ को पूर्ण रूप से नष्ट करना ही गर्भपात होता है। गर्भपात गर्भवती के दौरान जटिलता के कारण आकस्मिक हो सकता है और करवाया भी जा सकता है।
2	गर्भपात(करवाया गया)	चिकित्सकीय उपकरणों / दवाओं के द्वारा योनि में से भ्रण को हटाना ही गर्भपात करवाना कहलाता है
3	गर्भपात(स्वत होना)	स्वाभाविक कारणवश अथवा दुर्घटनावश गर्भवती के 20 सप्ताह पूर्व ही यदि भ्रूण नष्ट हो जाता है तो यह स्वतः गर्भपात कहलाता है।
4	एनीमिया	यदि एएनसी अथवा पीएनसी के दौरान गर्भवती महिला के हिमोग्लोबिन का स्तर 11ग्राम से प्रतिशत से कम है तो इसे एनीमिया कहते है प्रारम्भ में हिमोग्लोबिन स्तर को आधार मानते हुए एएनसी व पीएनसी विजिट के दौरान इसके स्तर में होने वाले परिवर्तन की तुलना की जाती है।
5	एएनसी अथवा प्रसव पूर्व देखभाल	गर्भवती महिला कें गर्भ में पल रहे भ्रूण के आकार में हो रहे परिवर्तन को निश्चित समयानुसार मॉनिटरिंग करना तथा महिला एवं भ्रूण दोनों की सकुशलता सुनिश्चित करना ही एएनसी कहलाती है।
6	एपीएच (एन्टि–पार्टम हेमारहेज)	गर्भवती महिला के 20 सप्ताह के बाद किसी भी समय योनिसे रक्तस्त्रव होना एपीएच कहलाता है।
7	एस्पिक्सिया	यदि नवजात शिशु जन्म के पश्चात तेज नहीं चिल्ला पाता है अथवा उसकी धडकन कमजोर होती है। तो ऐसे बच्चे को एस्पिक्सिया से पीडित माना जाता है।
8	अस्थमा	अस्थमा एक क्रानिक बीमारी है जो कि एलर्जी से उत्पन्न होती है और इसके कारण सांस लेने में तकलीफ होती है छींक आती है ओर छाती में कफ जमा होता है और दर्द होता है
9	जन्म के समय वजन	जन्म के बाद यथाशीघ्र नवजात शिशु का वजन लिया जाता है
10	कण्डोम	कण्डोम एक ऐसा गर्भनिरोधक साधन है जिसे परिवार नियोजन के लिए काम मे लिया जाता है।
11	कन्व्यूलजन	अचानक दौरे पडने पर मॉसपेशियों का अंनियत्रित हो जाना

12	सामान्य प्रसव	योनिमार्ग से आसानी से बच्चे का जन्म होना सामान्य प्रसव होता है।
13	उपकरणों से प्रसव	योनि के माध्यम से प्रसव करवाने के लिए यदि कोई उपकरण काम में लिया जाये तो वह उपकरणों से प्रसव माना जाता है।
14	सीजेंरियन प्रसव	चिकित्सा उपकरणो की सहायता से सीधे ही गर्भाशय से बंच्चे को डिलीवर करना सीजेंरियन प्रसव कहलाता है
15	डायबिटीज	रक्त मे ंयदि ग्लोकोज का स्तर बढ जाता है अथवा ब्लड शुगर के स्तर में वृद्वि हो जाती है और मूत्र में शुगर हो तो यह डायबिटीज के लक्षण है।
16	आपातकालिन गर्भनिरोंधक गोली (ईसीपी)	आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली परिवार नियोंजन का एक साधन है एवं असुरक्षित यौन संबंधों के 72 घण्टो के भीतर प्रयोग किया जाता है। आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली को आपातकाल में ही प्रयोग करना चाहिए। अर्थात बार–बार प्रयोग नहीं करना चाहिए।
17	इकलेम्पशिया	इकलेम्पशिया हाई रिस्क प्रेगनेसीं का प्रतीक है जिसकी पहचान 1 दौरे 2 उच्च रक्तचाप 3 प्रोटेनिरिया(मूत्र में एलब्यूमिन का होना) से होती है। उच्च रक्तचाप (सामान्य रक्तचाप 140 एमएमएचजी अथवा अधिक तथा उपचार के योग्य ब्लड प्रेशर 90 एमएमएचसी अथ्वा अधिक) का मापन चार घण्टे अथवा अधिक समय में किया जा सकता है।
18	अनुमानित प्रसव दिनांक	अनुमानित प्रसव की दिनांक वह तारीख होती है। जब बच्चे के जन्म होने की संभावना हों यह महिला की पिछले माह एलएमपी के प्रथम दिन की दिनांक पर आधारित होता है महिला की पिछले माह एलएमपी के प्रथम दिन की दिनांक के आधार पर अनुमानित प्रसव दिनांक निकालने के लिए अनूसूची–4.4 पर उपलब्ध रेडिरेकनर केलेण्डेर की सहायता ली जा सकती है अथवा ईडीडी ज्ञात करने का फार्मूला = एलएमपी के प्रथम दिन की दिनांक़ + 9माह + 7 दिन
19	योग्य दम्पत्ति	योग्य दम्पत्ति से आशय ऐसे नवविवाहित जोडें से है जिसमें पत्नि बच्चा पैदा करने की उम्र में हो जैसे–15 से 49 वर्ष
20	भ्रूण सम्बन्धी विकार	भ्रुण से सम्बन्धित विकार(रक्त में आक्सीजन की कमी होना) का पता लगाया जा सकता है जैसे भ्रूण की असामान्य धडकन(<120 से कम अथवा 160 धडकन प्रति मिनिट)
21	भ्रूण सम्बंधी मृत्यु	भ्रूण की मृत्यु से तात्पर्य गर्भावस्था के दौरान इसका माता से पूरी तरह से अलग होकर बाहर निकलना है जब भ्रूण सांस लेना बन्द कर दे अथवा जीवित होने के कोई संकेत प्रदर्शित नहीं करता है जैसे धडकन बन्द हो जाए तो माना जाता है कि भ्रूण की मृत्यु हो चुकी है।
22	भ्रूण को हिलना–डुलना	भ्रूण को हिलना–डूलना(क्विकिनिंग) इस बात का प्रतीक है कि भ्रूण पूर्ण रूप से स्वस्थ्य है। **भ्रूण को हिलना–डुलना गर्भावस्था के 18–22 सप्ताह से प्रारम्भ हो जाता है** शुरू में मल्टीग्रविडा के रूप में तथा बाद में प्रिमिग्रेविडा के रूप में महसूस होता है भ्रूण के हिलने–डुलने में कमी होना भ्रूण नष्ट होने के संकेत है।
23	मिरगी	
24	भ्रूण की उँचाई	गर्भावस्था के दौरान गर्भाशय 12 सप्ताह बाद आकार में फैल जाता है गर्भाशय की

		ऊँचाई को ही भ्रूण की ऊँचाई मानी जा सकती है गर्भावस्था क अलग–अलग सप्ताहों में गर्भाशय में भ्रूण के विकास को प्रदर्शित करती है।(अनुसूची 4.2)
25	एफएचएस(भ्रूण की धडकन की आवाज की दर	भ्रूण की धडकन की आवाज एब्डोमेन के द्वारा सुनी जा सकती है जिसें भ्रूण की धडकन की आवाज एफएचएस कहते है गर्भावस्था के पहले 24 सप्ताहो मे एफएचएस स्टेथेस्कोप की सहायता से एब्डोमेंन के द्वारा नहीं सुना जा सकता है भ्रूण की धडकन की दर सामान्यतया 120 से 160 धडकन प्रति मिनिट अथवा160 धडकन प्रति मिनिट से अधिक हो तो गर्भवती महिला को उच्च स्थान पर ईलाज के लिए रेफर कर देना चाहिए।
26	बदबूदार पानी का स्रव होना	योनि में बदबूदार पानी का स्राव बुंखार के कारण होता है(तापमान 38 डिग्री से अधिक हो) यह प्रदर्शित करता है कि प्रजनन से सम्बधित कोई इन्फेक्शन हों गया है।
27	(एफवी) भ्रूण का स्थिति का आंकलन	गर्भाशय में भ्रूण की स्थित भ्रूण का प्रदर्शन कहलाता है इसका निर्धारण गर्भावस्था के काफी बाद लगभग 32 सप्ताह के बाद होता है।
28	पूर्ण अवधि वाला शिशु	शिशू यदि 37 सप्ताह पूर्ण करने के बाद एवं 42 सप्ताह पूर्ण करने से पूर्व जन्म लेता है तो वह पूर्ण अवधि वाला शिशु कहलाता है।
29	एचआईवी	एचआईवी एक वायरस है जिसे ह्यूमन इम्यूनोडिफिसिएन्सी वायरस कहते है। एक बार जो इस वायरस से ग्रस्त हों जाता है वह जीवन भर के लिए ग्रसित हो जाता है और यह जीवन नाशक संक्रमण है एचआईवी की अंतिम स्थिति एड्स(एक्वायर्ड इम्यूनोडिफिसिएन्सी सिन्ड्रोम) है
30	हाईपरटेंशन / उच्च रक्तचाप	हाईपरटेशन का ईलाज तब किया जाता है जब दों बार लगातार मापन चार घण्टे अथवा अधिक समय में किया जा सकता है एवं सिस्टोलिक रक्तचाप 140 एमएमएचजी अथवा अधिक तथा डायस्टोलिक ब्लड प्रेशर 90 एमएमएचजी अथवा अधिक होता हैं
31	हाईपरटेंशन(गर्भावस्था के दौरान हाईपरटेंशन	गर्भावस्था के दौरान उक्त रक्त चाप होना पीआईएच(गर्भावस्था के दौरान हाईपरटेंशन) कहलाता है। पी आई एच की तीन अवस्था होती है। 1 केवल हाईपरटेशन 2 पोटिन्यूरिया के साथ हाईपरटेशन(पिइक्लेम्पशिया) 3 हाईपरटेशन के साथ पोटिन्यूरिया और दौरे (इक्लेम्पेशिया)
32	आईएफए प्रोफाइलेक्टिक (पूर्ण कोर्स	यदि महिला का एचबी स्तर एएनसी और पीएनसी अवधि के दौरान 11 ग्राम प्रतिशत से कम है तो आयरन फॉलिक एसिड की 100 गोलियों वाला (आयरन तत्व की 100 एमजी और फोलिक ऐसिड की 500 एमजी) प्रोफाइलेक्टिक कोर्स दिया जाता है। जैसे – एक आईफए गोली प्रतिदिन 100 दिनों तक एएनसी के दौरान तथा प्रसव पश्चात् भी 100 दिनों तक

33	आईएफए थेरोपेटिक (पूर्ण कोर्स)	यदि महिला का एचबी स्तर एएनसी और पीएनसी अवधि के दोरान 9– 11 ग्राम प्रतिदिन के बीच होता है तो आयरन फोलिक एसिड की 200 गोलियो वाला (आयरन तत्व की 100 एमजी और फोलिक एसिड की 500 एमजी) प्रोफाइलेक्टिक कोर्स दिया जाता है। जैसे :– दो आईएफए गोली प्रतिदिन 100 दिनों तक एएनसी के दौरान तथा प्रसव पश्चात भी 100 दिनों तक
34	प्रजनन के लिए अयोग्य	सेक्सुएल क्रियाकलापो के कर सकने में असक्षम व्यक्ति प्रजनन के लिए अयोग्य माना जाता है।
35	आईयूसीडी (इन्ट्रायूट्रिन कोन्ट्रासेप्टिव डिवाईस)	आयुसीडी एक कॉपर युक्त कोन्ट्रासेप्टिव डिवाईस होती है जिसे महिला द्वारा परिवार नियोजन के साधन के रूप में काम लिया जाता है। परिवार नियोजन कार्यक्रम के अन्तर्गत आईयुसीडी के दो प्रकार है आईयुसीडी सीयू 375 और आईयूसीडी सीयू 380ए जो कि क्रमशः 5 वर्ष या 10 वर्ष तक गर्भवती होने से रोकता है।
36	आईयूसीडी (प्रसव पश्चात आईयुसीडी अर्थात पीपीआईयुसीडी)	प्रसव के बाद 48 घण्टे के भीतर आईयूसीडी लगाना (वेजाइनल अथवा सीजेरियन) प्रसव पश्चात् आईयूसीडी अथवा पीपीआईयूसीडी कहलाता हे।
37	पीलिया	पीलिया होने पर शरीर त्वचा में तथा आंखों के सफेद वाले हिस्से में पीलापन आ जाता है।
38	जीवित जन्म	शिशु माता के गर्भ में से पूर्ण रूप से बाहर आ जाता है एवं जन्म के कुछ सेकेण्ड में ही बच्चे के जीवित होने के संकेत भी मिलते हैं जैसेः– चिल्लाना, हिलना–डुलना, सांस लेना एवं दिल के धड़कने पर जीवित जन्म माना जाता है।
39	एलएमपी	महिला की पिछले माह की एलएमपी का प्रथम दिन होता है।
40	कम वजन वाला बच्चा	नवजात शिशु का वजन यदि जन्म के प्रथम दिन 2.5 कि.ग्रा. से कम होता है चाहे वह गर्भकाल की अवधि कम होने के कारण ही हो।
41	कम वजन वाले बच्चे (एलबीडबल्यू) की मृत्यु	नवजात शिशु का वजन यदि जन्म के प्रथम दिन 2.5 कि.ग्रा. से कम होता है और 24 घण्टे के बाद लेकिन जन्म के 28 दिन से पूर्व मर जाता है।
42	मातृ मृत्यु	यदि किसी ऐसी महिला जो गर्भवती हो अथवा प्रसव के 42 दिनों के भीतर (प्रसव अथवा गर्भपात) गर्भवती होने अथवा प्रसव के दौरान दी गई सुविधा के अभाव से सम्बन्धित किसी भी कारण से मर जाती है। लेकिन दुर्घटना, आकस्मिक कारणों से मृत्यु नहीं होनी चाहिये।
43	एमटीपी (गर्भ को समाप्त करने हेतु चिकित्सा)	गर्भ को समाप्त करने हेतु चिकित्सा विधि को उपचार द्वारा गर्भपात कराना कहते हैं अर्थात् चिकित्सकीय विधि या सर्जरी के द्वारा गर्भाशय में से भ्रूण को पूरी तरह से बाहर निकाला जाता है।
44	अनेक गर्भ	अनेक गर्भ (एक से अधिक भ्रूण) होना भी संदेहास्पद है यदि एबडोमिनल परीक्षण में आकार में बड़ा गर्भाशय दिखाई देता है।
45	ओब्स्ट्रक्टेड लेबर	यदि भ्रूण को सामान्य चिकित्सकीय पद्वति से डिलिवर नहीं किया जा सके तो इस प्रकार प्रसव को ओब्स्ट्रकटेड लेबर कहते है।
46	ओसीपी(ओरल	ओसीपी(ओरल कान्ट्रासेपटिव पिल्स) हारमोन यूक्त गोलियां होती है जिसे औरत के द्वारा गर्भ लगनें से रोकने में काम में ली जाती हैं प्रसव पश्चात अवधि में ओरल

	कान्ट्रासेपटिव पिल्स)	पिल्स का प्रयोग नहीं करने हेतु सलाह दी जाती है लेकिन प्रसव के 6 माह बाद इसे मासिक धर्म चक्र में केवल एक बार प्रयोग किया जा सकता है।
47	ओएडेमा	शरीर के किसी भी भाग मे सूजन आना ओएडेमा कहलाता है। **पिटिंग ओएडेमा**– पैरों में सूजन शाम को आती है और प्रात कालः मे समाप्त हों जाती है जो कि गर्भावस्था में कभी–कभी हेाती है। लेकिन चेहरे पर हाथो में होना असमान्य होता है यदि ओएडेमा का संबंध उच्च रक्त चाप से है दिल की बीमारी से , एनीमिया से है तो गर्भवती महिला को इलाज हेतू उच्च चिकित्सा संस्थान पर रेफर कर देना चाहिए। **नोन पिटिंग ओएडेमा–** इसमें हाईपोथिरियोडिजम अथवा फिलेरेसिस प्रतीत हो तो गर्भवती महिला को इलाज हेतू उच्च चिकित्सा संस्थान पर रेफर कर देना चाहिए।
48	प्रसव पश्चात देखभाल	प्रसव पश्चात प्रसूती एवं नवजात शिशु की देखभाल करना पीएनसी कहलाता है।
49	पीपीएच(प्रसव पश्चात हेमोरेज)	योनि से रक्त साव्र होने के कारण रक्त की मात्रा में कमी होने को प्रसव पश्चात हेमोरेज या पीपीएच कहते है।प्रसव के 24 घण्टे के बाद तक 500 मि या अधिक रक्तस्र्राव प्रतिदिन 500 मि ली. या अधिक हों। पीपीएच के दो प्रकार है : 1. अत्यावश्यक पीपीएच / प्राथमिक पीपीएच जो कि प्रसव के 24 घण्टे के भीतर हो। 2. सामान्य पीपीएच / दितियक पीपीएच जैसेंः प्रसव के बाद 24 से लेकर प्रसव पश्चात 42 दिनों तक
50	प्रसव पश्चात अवधि	प्रसव होंने के बाद वाले प्रथम 42 दिनों(सप्ताह) प्रसव पश्चात अवधि कहलाती है।
51	पूर्ण अवधि पश्चात बच्चा	यदि बच्चा निर्धारित 38 सप्ताह पूर्ण होंने के उपरांत जन्म लेता है
52	निमोनिया	निमोनिया एक प्रकार का इन्फेक्शन होता है जो कि अनेक प्रकार के छोटे– छोटे रोगाणुओ, बैक्टिरिया एवं वायरस के द्वारा होता है। निमोनिया के लक्षणों में कफ,बुखार,सांस लेने में तकलीफ और सीने में दर्द शामिल है नवजात एवं बच्चे जिन्हे निमोनिया की शिकायत है उनके सीने में संक्रमण के स्पष्ट लक्षण प्रतीत नही होते है लेकिन बुखार रहता है बीमार रहते है और सुस्त दिखाई देते है।
53	प्री–इक्लेम्पेशिया	प्री–इक्लेम्पेशिया गर्भवती महिलाओं में पाई जाने वाली जटिलता है जिसमें गर्भवती महिला के उक्त रक्तचाप अथवा प्रोटिनिरिया होता है (मूत्र में प्रोटीन अथवा एल्ब्यूमिन की उपस्थिति।)
54	अल्पावधि वाला बच्चा	जब बच्चा निर्धारित 37 सप्ताह से पूर्व ही पैदा हो जाए।
55	प्रोलेप्सड कोर्ड	यह एक ऐसी स्थिति है जिसमें भ्रूण वाले हिस्से के नीचे बच्चे की नाल होती है और प्रसव के दौरान योनिमार्ग से दिखाई देता है।

56	निर्धारित अवधि से पूर्व प्रसव	शिशु के सप्ताह पूर्ण करने से पूर्व ही प्रसव सम्पन्न होना ही निर्धारित अवधि से पूर्व प्रसव कहलाता है यदि 24 से 34 सप्ताह के बीच ही प्रसव पीडा प्रारम्भ हो जाए तो इसके लिए कोर्टिकोस्टरायड इन्जेक्शन काम में लिया जाता है।
57	प्रोलोग लेबर	प्राईमी पेरा की स्थिति में 12 घण्टे से अधिक प्रसव में समय लगता है और मल्टीपेरा की स्थिति में 8 घण्टे से अधिक समय लगता है इसे प्रोलोग लेबर कहते है।
58	प्यूरिपल सेंप्सिस	प्रसव अथवा गर्भपात के बाद संक्रमण होना प्यूरिपल सेंप्सिस कहलाता है प्रसव अथवा गर्भपात के बाद 42 दिन के बीच किसी भी समय हो सकता है प्यूरिपल सेंप्सिस होने पर शरीर का ताप बढ जाता है, पल्स रेट बढती है दुर्गन्ध युक्त स्राव होता है तथा गर्भाशय के नीचे दर्द होता है प्यूरिपल सेंप्सिस को प्रसव एवं गर्भपात के पूर्व/पश्चात सावधानी बरतते हुए रोका जा सकता है
59	रिटेन्डा प्लेसेन्टा	यदि बच्चे के जन्म के आधा घण्टे के भीतर डिलिवर नहीं हो पाए तो प्लेसेन्टा रिटेन्डा कहलाता है।
60	एसबीए(स्किल्थ बर्थ अटेन्डेन्ट)	एसबीए(स्किल्थ बर्थ अटेन्डेन्ट) वह व्यक्ति होता है जो प्रसव से संबधित सामान्य एवं नवजात से संबधित आपातकालीन परिस्थितियों को समय रहते पहचान लेता है तथा उसकी क्षमता से बाहर स्थिति से पूर्व ही बिना समय गंवाए बच्चे अथवा महिला को उचित संस्थान पर बेहतर इलाज हेतू भिजवा देवे। सभी अन्य ''नोंन एसबीए'' के रूप में मानी जाती है।
61	नवजात में सेप्सिस	सेप्सिस एक रक्त से संबधित संक्रमण होता है। जो नवजात में बैक्टिरियल संक्रमण के कारण होता हैं नवजात में एक से अधिक सेप्सिस होने पर लक्षण दिखाई देते है जैसेः– बुखार , कम स्तनपान करना, धीरे–धीरे चीखना आदि।
62	पुरूष नसबन्दी	पुरूष की नसबन्दी(वेक्सेक्टोमी) परिवार नियोजन का स्थायी साधन है।
63	महिला नसबन्दी	महिला की नसबंन्दी(ट्युबक्टोमी) परिवार का स्थायी साधन है।
64	प्रसव पश्चात नसबन्दी(पीपीएस)	प्रसव के 7 दिनो के भीतर महिला का मिनिलेप के द्वारा नसबन्दी करना पोस्ट पार्टम नसबन्दी (पीपीएस) कहलाता है।
65	एस टीआई/आरटीआई	सेंक्सुअली ट्रांसमिटेड इन्फेक्शन (एस टीआइ): बेक्टिरिया,वायरस अथवा प्रोटोजुआ के कारण यह इन्फेक्शन होता है जो कि एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को योन संम्पर्क के कारण होता है।
66	मृत जन्म	माता के गर्भ से जीवरहित भ्रूण को बाहर निकाला जाता है जिसमे भ्रूण सांस नहीं लेता है और न ही बच्चे का दिल धडकता है और बच्चे के जीवित होने के कोई प्रमाण नहीं मिल पाता है। यदि गर्भवती होने के 20 सप्ताह के भीतर भ्रूण मर जाता है अथवा प्रसव के दौरान नवजात मर जाता है तो इसे मृत जन्म माना जाता है।
67	टी.बी. (ट्युबरक्लोसिस)	टी.बी. ऐसी बीमारी है जिसके कारण शरीर के किसी भी हिस्से को प्रभावित कर सकती है। जो कि फेफडो का एक संक्रमण है यह बेक्टीरिया से फैलती है टी. बी

		.का इलाज हो सकता है और फैलने से रोका जा सकता है। तीन सप्ताह से अधिक अवधि होने पर इसकी संभावना हो सकती है कफ से टी. बी. की पहचान की जा सकती है इसमें वजन में कमी हो जाती है तथा कमजोरी महसूस होती है तथा बुखार की शिकायत होती है।
68	गर्भवती महिलाओं के टिटनेस टोक्साइड	टिटनेस टाक्साइड (टी.टी.) का इन्जेक्शन ऐसी दवा है जो गर्भवती महिलाओं में एवं नवजात शिशुओं में टिटनेस होंने से रोकती है प्रेगनेन्सी के दौरान टी.टी की दो खुराक दी जाती है प्रथम खुराक तो गर्भकाल के प्रारम्भ में ही दी जाती है तथा दूसरी खुराक एक माह के अन्तराल के बाद और अनुमानित प्रसव दिनांक के कम से कम एक माह पूर्व दी जानी चाहिए। यदि गर्भवती महिला प्रथम एएनसी जॉच को नहीं आती है तो अगली विजिट में जब कभी आए तो उसे इन्जेक्शन लगाया जाता हैं
69	गर्भवती महिलाओं के टिटनेस टाक्साइड (बूस्टर डोज)	यदि गर्भवती महिला पिछले गर्भकाल (पिछले तीन वर्ष के भीतर) के दौरान टी.टी (टी.टी1 व टी.टी 2) की दो खुराक ले चुकी है तो उसे इस गर्भकाल में जितना जल्दी सम्भव हो, केवल एक डोज दी जानी चाहिएं और इस खुराक को टीटी की बूस्टर डोज से सम्बोधित किया जाएगा।
70	यूरेनरी ट्रैकआ इन्फेक्शन (यू.टी.आई.)	महिला के यूरेनरी ट्रैकआ का यह संक्रमण होता है यदि गर्भवती महिला बुखार की अथवा मूत्राशय में जलन की शिकायत करती है तो यूरेनरी ट्रेक्ट इन्फेक्शन (यू.टी.आई.) की संभावना होती है।
71	गर्भकाल में वजन बढना	गर्भवती महिला के गर्भावस्था में 9–11 किलो वजन बढ जाता है गर्भकाल के लगभग तीन माह पश्चात प्रति माह 2 किलो वजन बढता है यदि वजन 5–6 किलो की बढे या प्रति माह 2 किलो से कम बढे तो इनएडक्टिव डायटेरी की संभावना होती है जिसके कारण इन्ट्रा यूटिरियन ग्रोथ रिटरेडेशन (आईयूजीआर) की संभावना हों सकती है और कम वजन का बच्चा पैदा हो सकता है यदि गर्भकाल में प्रति माह 3 किलो ग्राम से अधिक वजन बढ रहा है तो प्री–इक्लेम्पेशिया, जुडवा बच्चे अथवा डायबिटिज की शिकायत हो सकती है।

अध्याय–3

उपकेन्द्र स्तर पर प्रसवपूर्व एवं प्रसवपश्चात सेवाओं का संक्षिप्त विवरण

अध्याय – 3

उपकेन्द्र स्तर पर प्रसवपूर्व एवं प्रसव पश्चात् सेवाओं का संक्षिप्त विवरण

3.1 परिचय

गर्भावस्था में किसी भी स्थिति में जटिलता हो सकती है अतः जटिलता वाले केसेज के समय पर इलाज के लिये प्रावधान किया जाना आवश्यक है एवं प्रत्येक गर्भवती महिला की गर्भावस्था में, बच्चे के जन्म पर एवं प्रसव पश्चात् देखभाल किया जाना चाहिये।

उप स्वास्थ्य केन्द्र पर एएनएम के द्वारा प्रसव पूर्व एवं प्रसव पश्चात संचालित की जाने वाली महत्वपूर्ण गतिविधियों का नीचे उल्लेख किया गया है।

3.2 प्रसव पूर्व देखभाल

प्रसव पूर्व जाँच महिला की गर्भवती के दौरान भ्रूण के विकास पर निगरानी रखी जाने एवं भ्रूण एवं महिला की देखभाल सुनिश्चित करने की एक तकनीक है। एक ठीक प्रकार से की गई एएनसी के द्वारा गर्भवती महिला की अच्छी प्रकार से देखभाल होती है तथा गर्भवती महिला के किसी भी प्रकार की जटिलता (एनीमिया, प्रि–इक्लेम्पेशिया, हाइपरटेंशन) की पहचान हो सकती है एवं भ्रूण का विकास ठीक प्रकार से होता है।

3.3 गर्भवती महिला का समय पर पंजीयन

गर्भवती महिला की पहचान होने ही जितना जल्दी हो सके एएनसी की प्रथम जाँच अथवा रजिस्ट्रेशन किया जाना चाहिये। प्रथम तिमाही में प्रेगनेन्सी किट के द्वारा गर्भवती महिला के मूत्र का परीक्षण कर एलएमपी दिनांक के आधार पर महिला के गर्भवती होने को सुनिश्चित करना चाहिये। सामान्यतः गर्भकाल के प्रथम 12 सप्ताह के दौरान प्रथम एएनसी की जाँच होनी चाहिये। लेकिन यदि कोई महिला गर्भवती होने के काफी समय बाद जाँच हेतु स्वास्थ्य केन्द्र पर आती है तो उसका सर्वप्रथम पंजीयन किया जाता है और उसके गर्भकाल की स्थिति के अनुसार समस्त चिकित्सा सेवाएं प्रदान का जाती है।

3.4 प्रसव पूर्व एएनसी विजिट

प्रत्येक गर्भवती महिला की कम से कम चार एएनसी की जाँचे होनी चाहिये। एएनसी विजिट की निर्धारित अवधि निम्न प्रकार हैः–

एएनसी–1 गर्भावस्था के प्रथम 12 सप्ताह के भीतर

एएनसी–2 गर्भावस्था के 14 से 26 सप्ताह के भीतर

एएनसी–3 गर्भावस्था के 28 से 34 सप्ताह के भीतर (चिकित्सा अधिकारी द्वारा की जानी चाहिये)

एएनसी–4 गर्भावस्था के 36 सप्ताह एवं गर्भावस्था की पूर्ण समयावधि के भीतर

3.5 रिकार्ड का संधारण

पंजीजन के बाद, आरसीएच रजिस्टर में गर्भवती महिला का विवरण दर्ज करें। उसके बाद मातृ एवं शिशु सुरक्षा (एमसीपी) कार्ड भरें और इसे गर्भवती महिला को यह निर्देश देते हुए देवें कि अगली जाँच करवाने एवं प्रसव करवाने अस्पताल आते समय यह कार्ड अवश्य साथ लेकर आना है।

3.6 एएनसी की जाँचे

एएनसी की जाँच प्रारम्भ करने से पूर्व यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि एएनसी जाँच के लिये आवश्यक समस्त उपकरण उपलब्ध है एवं चालू स्थिति में हैं इनमें स्टेथेस्कोप, ब्लड प्रेशर नापने का यंत्र, वजन लेने की मशीन, नापने के लिये टेप, फोएटोस्कोप, थर्मामीटर, ग्लोव्स, 0.5% क्लोरीन, सुईयाँ, हब कटर, स्प्रिट, आईएफए गोलियॉ, टीटी वेक्सीन, हिमोग्लोबीन तथा मूत्र की जाँच के लिये उपकरण, एमसीपी कार्ड के साथ आरसीएच रजिस्टर इत्यादि। जाँच के पश्चात् आई हुई वास्तविक रिपोर्ट्स का संधारण किया जाता है।

3.7 एएनसी जाँचों के महत्वपूर्ण भाग

3.7.1 पूर्व की स्थिति का ब्योरा लेना

प्रथम विजिट के दौरान ही गर्भवती महिला की पूर्व की स्थिति का विस्तृत ब्यौरा लेना चाहिए।

जांचों के महत्वपूर्ण भाग

3.7.1 पूर्व की स्थिति का ब्यौरा लेना

प्रथम विजिट के दौरान ही गर्भवती महिला की पूर्व की स्थिति का विस्तृत ब्यौरा लेना चाहिए।

3.7.2 मेनस्ट्रूअल की स्थिति का ब्यौरा लेना

महिला से पिछली एलएमपी के प्रथम दिन के बारे में पूछें। महिला की एलएमपी की सही दिनांक सुनिश्चित करें अर्थात आगामी माह की वह अनुमानित दिनांक जब मासिक धर्म आनी थी लेकिन नहीं आ सकी। गलत दिनांक लेने पर भ्रूण के विकास एवं अनुमानित प्रसव दिनांक की लगभग चार सप्ताह तक की गणना भी गलत होगी। एलएमपी की दिनांक से अनुमानित प्रसव दिनांक की गणना हेतु तालिका 4.4 का प्रयोग करें।

3.7.3 पिछले प्रसव का विवरण लेना

महिला से उसके पिछले प्रसव के सम्बन्ध में जानकारी लेना आवश्यक है। यदि पिछले प्रसव के दौरान उसके कोई जटिलता हुई है तो यह बहुत ही महत्वपूर्ण है, क्योंकि उनमें से कुछ जटिलताएं वर्तमान प्रिगनेन्सी के दौरान हो सकती है। महिला के पिछले हुए प्रसवों की संख्या तथा उसके परिणामों के बारे में जानकारी लेनी है कि बच्चे जीवित हैं, मृत बच्चे थे अथवा गर्भपात करवाया गया था। महिला से उसके पिछले प्रसव के दौरान हुई जटिलता के बारे में सूचना लेवें एवं निम्नलिखित के बारे में जानकारी लेवें:—

- पिछली बार का गर्भपात
- गर्भपात से पूर्व की जटिलताएं

- हाइपरटेंशन् प्री–इक्लेम्पेशिया अथवा इक्लेम्पेशिया
- एपीएच
- ब्रिच अथवा ट्रांसवर्स प्रेजेन्टेशन
- ओबस्ट्रेक्टेड लेबर डायस्टोसिया
- पेरीनिअल इन्जूरिज / टिअर्स
- प्रसव पश्चात् अधिक मात्रा में रक्त स्राव
- प्यूरिपरल सेप्सिस
- सीजेरियन भाग
- एसिस्टेड डिलिवरी
- ब्रिज डिलिवरी
- मेन्यूअल रिमूवल ऑफ प्लेसेन्टा
- ब्लड ट्रांसफ्यूजन

3.7.4 वर्तमान एवं पिछली बीमारियों का ब्यौरा

महिला निम्न में से किसी बीमारी से पीड़ित है के बारे में जानकारी प्राप्त करें:

- उच्च रक्तचाप
- डायबिटिज
- ब्रिथलेसनेस ऑन एक्सर्सन, पेल्पिशेसन (दिल की बीमारी की संभावना)
- क्रोनिक कफ, कफ में रक्त, प्रोलोग्स फीवर (टी.बी. की संभावना)
- रेनल (किडनी) बीमारी
- सांस लेने में तकलीफ (अस्थमा की शिकायत)
- पीलिया
- मलेरिया
- रिप्रोडेक्डिव ट्रेक्ट इन्फेक्शन (आरटीआई)
- सेक्सुअली ट्रॉंसमिटेड इन्फेक्शन (एसटीआई)
- एचआईवी / एड्स

3.7.5 पैतृक बीमारी का ब्यौरा

गर्भवती महिला से यह पूछना आवश्यक है कि उनके परिवार में हाइपरटेंशन, डायबिटिज,टी.बी., थेलिसिमिया की किसी अन्य को शिकायत है? (जिसके कारण गर्भवती महिला में भी बीमारी होने की संभावना होती है) अथवा जुड़वा बच्चे हुए हैं अथवा विकलांग बच्चे पैदा होने की घटना घटी है।

3.7.6 रेफरल करने की स्थिति की पहचान करना

निम्नलिखित संकेतो को पहचान कर गर्भवती महिला को पिछली प्रसूति जटिलताओं के आधार पर रेफर कर देना चाहिये:–

- मृत जन्म अथवा नवजात शिशु की मृत्यु
- तीन अथवा अधिक गर्भपात केसेज होना
- अवरूद्ध प्रसव
- अल्पविकसित बच्चे का जन्म अथवा अनेक बार गर्भधारण करना
- पिछले जन्म के समय बच्चे का भार 2500 ग्राम से कम अथवा 4500 ग्राम से अधिक

- कॉन्जिनेन्टल एनोमेली
- पिछली गर्भावस्था में हाइपरटेशन/प्री–इक्लेम्पेशिया/इक्लेम्पेशिया के कारण अस्पाल में भर्ती
- प्रजनन के कारण सर्जरी
- बांझपन का इलाज
- स्पाइनल डिफोरमिटिज, जैसे स्कोनिओसिस/काइफोसिस/पोलियो
- गर्भवती महिला का आरएच निगेटिव ब्लड ग्रुप

3.8 भौतिक परीक्षणः–

शारीरिक परीक्षण सभी प्रसवपूर्व जांचों के दौरान की जाने वाली गतिविधि से सम्बधित है।

3.8.1 पेलोरः–

प्रत्येक विजिट पर पेलोर की जाँच करें, पेलोर की उपस्थिति एनीमिया को प्रदर्शित करती है। प्रत्येक एएनसी जाँच के दौरान हिमोग्लोबिनोमीटर के द्वारा हिमोग्लोबीन की मात्रा जाँचें।

3.8.2 पीलियाः–

पीलिया होने पर त्वचा एवं स्केलरा (आंखों के सफेद वाले हिस्से) पर पीलापन आता है। त्वचा एवं स्केलरा पर पीलेपन की जाँच करें।

3.8.3 पल्सः–

सामान्य पल्स रेट 60–90 बीट प्रति मिनट होती है। यदि पल्स रेट अधिक अथवा कम है तो इलाज के लिये उच्च संस्थान पर रेफर करें।

3.8.4 रेस्पायरेट्री दर :–

सामान्य रेस्पायरेट्री दर 18–20 सांस प्रति मिनट है। यदि आरआर 30 सांसे प्रति मिनट से अधिक है और पेलोर मौजूद है तो यह महिला में एनीमिया, दिल की बीमारी से सम्बन्धित अन्य तकलीफों को प्रदर्शित करती है। उस महिला को उच्च संस्थान पर रेफर करना चाहिये।

3.8.5 ओएडेमा :–

पैरों में सूजन, जो कि शाम के समय होती है और सुबह दूर हो जाती है, यह गर्भावस्था में सामान्य जटिलता का एक प्रकार है। चेहरे, हाथों पर सूजन, एबडोमिनल वाल और व्यूलावा असामान्य है। यदि ओएडेमा उच्च रक्तचाप, दिल की बीमारी, एनीमिया अथवा प्रोटेनिरिया (मूत्र में एल्ब्यूमिन मौजूद है) से जुड़ा है तो उच्च संस्थान पर रेफर करना चाहिये। नोन पिटिंग ओएडिमा हाइपोथोरोडिज्म अथवा फिलेरिसिस को प्रदर्शित करता है तो उसे जाँचों के लिये रेफर करें।

3.8.6 रक्तचापः–

गर्भावस्था के दौरान हाइपरटेंशन की समस्या को दूर करने के लिये महिला का प्रत्येक विजिट पर रक्तचाप मापें। हाइपरटेंशन का इलाज तब हो सकता है जब दो लगातार रीडिंग में चार घण्टों का समय लगता है एवं सिस्टोलिक रक्तचाप 140 एमएमएचजी अथवा उससे अधिक होता है और डायस्टोलिक रक्तचाप 90 एमएमएचजी अथवा अधिक होता है।

यदि गर्भवती महिला का रक्तचाप उच्च होता है तो उसके मूत्र का परीक्षण कर एलब्यूमिन की जाँच करें। उच्च रक्तचाप के साथ–साथ एलब्यूमिन की मौजूदगी प्रि–इक्लेम्पेशिया होना प्रदर्शित करता है ऐसी महिला को इलाज हेतु उच्च संस्थान पर रेफर करें। यदि डायस्टोलिक रक्तचाप 110 एमएमएचजी से अधिक है तो खतरे के संकेत हो सकते हैं जो कि इक्लेम्पेशिया होने की संभावना बताते हैं अतः महिला को एफआरयू में रेफर कर देना चाहियें।

3.8.7 गर्भवती महिला का भारः–

सामान्यतः एक गर्भवती महिला का गर्भावस्था में 9 से 11 किलो वजन बढ़ता है। गर्भावस्था में तीन माह बाद उसका वजन लगभग 2 किलों प्रति माह से कम वजन बढ़े तो महिला के पाचन तंत्र में

गडबड़ी प्रदर्शित होती है जिसके कारण आईजीआर (Intrauterine growth retardation) की संभावना होती है और कम वजन का बच्चा पैदा हो सकता है। अतः उस महिला को पोषक खाद्य सामग्री देनी आवश्यक है। यदि महिला का वजन अत्याधिक बढ़ रहा है (लगभग 3 किलोग्राम से अधिक प्रतिमाह) तो उसके प्रि–इक्लेम्पेशिया की, जुडवां बच्चे की अथवा डायबिटिज की संभावना होती है इसलिये महिला को चिकित्सा हेतु उच्च संस्थान पर रेफर करना चाहियें।

3.9 पेट सम्बन्धी जाँचें:–

गर्भ के विकास पर निगरानी रखने एवं भ्रूण की ठीक प्रकार से वृद्धि को सुनिश्चित करने के लिये निम्नलिखित पेट सम्बन्धी जाँचे की जा सकती हैः–

1. भ्रूण की ऊँचाई का मापन (एफएच)
2. भ्रूण की विकास का निर्धारण एवं फण्डल पेलेपेशन, लेटरल पेलपेशन और पेलविक ग्रिप का प्रेजेन्टेशन करना।
3. भ्रूण की धड़कन की आवाज को सुनिश्चित करना।

3.10 प्रयोगशाला जाँचें:–

उपस्वास्थ्य केन्द्र पर निम्नलिखित प्रयोगशाला जाँचे की जानी चाहियेः–

- गर्भवती होने की जाँच
- हिमोग्लोबिन का अनुपात लगाना
- डायबिटिज होने की पहचान करने के लिये मूत्र का परीक्षण
- प्रि–एक्लेम्पेशिया अथवा एल्ब्यूमिन की उपलब्धता की जाँच करने हेतु मूत्र का परीक्षण करना।
- मलेरिया की जाँच

3.11 टिटनेस टॉक्साइड के इन्जेक्शन की व्यवस्था करना:–

टिटनेस टॉक्साइड इन्जेक्शन की दो खुराक की व्यवस्था होने से मातृ एवं शिशुओं के टिटनेस को रोका जा सकता है। टीटी इन्जेक्शन की प्रथम डोज गर्भावस्था में गर्भ का पता लगते ही अतिशीघ्र लगवाना चाहिये एवं दूसरी खुराक की व्यवस्था एक माह के अन्तराल में या अनुमानित प्रसव की दिनांक से कम से एक माह पूर्व होनी चाहिये। यदि गर्भवती महिला एएनसी विजिट को छोड़ देती है तो वह वापस अगली विजिट में जब कभी आए तो उसे टीटी का इन्जेक्शन लगाना चाहिये।

यदि महिला के पिछली तीन वर्ष के भीतर गर्भावस्था में टीटी के इन्जेक्शन लगा दिये हो तो उसे चालू गर्भकाल में जितनी जल्दी हो सके केवल टीटी की एक खुराक (बूस्टर डोज) ही दी जानी चाहिये।

गर्भवती महिला की प्रसवपूर्वजाँच के मुख्य अवयवः–

- ✓ गर्भ के 12 सप्ताह के भीतर प्रत्येक गर्भवती महिला को रजिस्टर्ड करना
- ✓ प्रैगनेन्सी की प्रगति को मॉनिटर करना, प्रत्येक प्रैगनेन्सी की चार प्रसव पूर्ण जाँच ट्रेक करना
- ✓ गर्भवती महिला द्वारा प्रथम जाँच के समय चिकित्सकीय और प्रसूति का विवरण लेना और अन्य आधारभूत जानकारी वजन, बीपी, हीमोग्लोबिन का स्तर आदि प्राप्त करना।
- ✓ गर्भवती महिला का VDRL (RPR),ब्लड शूगर का स्तर और ब्लड के ग्रुप के साथ–साथ Rh factor की जाँच करवाना है।
- ✓ गर्भवती महिला की HIV जाँच करवाना, यदि HIV जाँच +ve आती है तो उसे कॉउन्सिलिंग के लिए ICTC को रेफर करना।

- ✓ टीटी इन्जेक्शन की दो खुराक का प्रबन्ध करना।
- ✓ गर्भावस्था के 12 सप्ताह बाद IFA की 100 गोलियाँ देना।
- ✓ गर्भावस्था के 12 सप्ताह के भीतर FA (Folic Acid) की गोलियॉ देना।
- ✓ प्रत्येक एएनसी जाँच के समय हीमोग्लोबिन स्तर हेतु ब्लड टेस्ट, शुगर व प्रोटीन के लिए यूरिन टेस्ट करें।
- ✓ प्रत्येक एएनसी विजिट में गर्भवती महिला का शारीरिक परीक्षण यथा पीलापन और सूजन की जाँच, वजन लेना, रक्त चाप और श्वसन दर आदि जांचना तथा गर्भवती में किसी भी जटिलता की जाँच करना।
- ✓ प्रत्येक एएनसी जाँच के दौरान भ्रूण के विकास, भ्रूण की स्थिति और गर्भाविधि चरण के अनुरूप FHS सुनने क्रिया की जानी है।
- ✓ गर्भवती महिला को संस्थागत प्रसव हेतु सलाह व प्रोत्साहित करना।
- ✓ प्रत्येक एएनसी जाँच के दौरान उचित आहार, आराम व व्यक्तिगत स्वच्छता आदि के लिए सलाह देवें।
- ✓ गर्भवती महिला को 12 सप्ताह के भीतर कोई भी दवा नहीं दी जावे जब तक कि चिकित्सकीय द्वारा सलाह नहीं दी जावे।

3.12 प्रसव पश्चात् देखभाल

प्रसव के बाद माता एवं शिशु को देखभाल करना ही प्रसव पश्चात् देखभाल (पीएनसी) कहलाती है।

3.12.1 प्रसव पश्चात् देखभाल की अवधि

प्रसव के बाद के प्रथम 42 दिन की अवधि पीएनसी अवधि कहलाती है। पीएनसी के प्रथम सप्ताह के भीतर वाले प्रथम 48 घण्टे माता एवं बच्चे के स्वास्थ्य एवं संक्रमण की दृष्टि से महत्वपूर्ण है। अधिकांश माता एवं बच्चों में संक्रमण इसी अवधि में ही होता है।

3.12.2 प्रसव पश्चात् विजिट

पीएनसी विजिट की संख्या एवं अवधि

घरेलू प्रसव के बाद सात पीएनसी विजिट क्रमशः पहले, तीसरे, सातवें, चौदहवें, इक्कीसवें, अठाईसवें और बियालिसवें दिन होती है। संस्थागत प्रसव (महिला 48 घण्टे बाद में डिस्चार्ज होने पर) होने पर छः पीएनसी की जाँचे तीसरे, सातवें, चौदहवें, अठाईसवें और बियालिसवें दिन होती है। पीएनसी की जाँचे माता एवं बच्चे दोनों के लिये होती हैं। यदि बच्चा मृत जन्मा हो अथवा जन्म के 42 दिन में मर जाये तब भी माता के लिये पीएनसी विजिट करनी होगी।

3.12.2.1 माता के लिये प्रथम विजिट

माता एवं उसके बच्चे की पीएनसी विजिट के दौरान एक ही दिन जाँच करना

पूर्व की जानकारी लेना

यदि एएनएम प्रसव के समय उपस्थित नहीं है तो पूर्व की जानकारी लेना महत्वपूर्ण है। प्रसव एवं जन्म के समय की उन घटनाओं का रिव्यू करना जो कि माता एवं बच्चे की देखभाल की दृष्टि के हिसाब से महत्वपूर्ण है। निम्न बातें माता से पूछना हैः–

- प्रसव कहाँ सम्पन्न हुआ?
- प्रसव किसने करवाया?
- निम्न में से कोई घटना घटी है अथवा नहीं?
    a) प्रसव के दौरान कोई जटिलता
    b) योनि में से अत्यधिक रक्त स्राव
    c) कन्वयूलशन अथवा कन्सिक्सूसनेस में कमी
    d) पैरों में दर्द
    e) एब्डोमिनल दर्द
    f) बुखार
    g) ड्रिबलिंग अथवा यूरिन का रिटेन्शन
    h) स्तनो में खिचाव
- क्या माता ने शिशु को स्तनपान करवाना प्रारम्भ कर दिया
- माता ने अपना नियमित भोजन लेना प्रारम्भ कर दिया
- माता अथवा शिशु में कोई जटिलता है
- क्या माता ने शिशु को स्तनपान करवाना प्रारम्भ कर दिया
- माता ने अपना नियमित भोजन लेना प्रारम्भ कर दिया
- माता अथवा शिशु में कोई जटिलता है

माता की जाँच करना

- धड़कन, रक्त चाप, शरीर के तापमान एवं रेस्पायरेट्री रेट की जाँच करें
- पेलोर की उपस्थिति की जाँच करना
- एब्डोमिनल परीक्षण आयोजित करना
- किसी भी प्रकार के टियर, सूजन अथवा पस निकलने को जानने के लिये व्यूलवा या पेरिनियम की जाँच करना।
- यह ज्ञात करने के लिये कि रक्त का बहाव अधिक है, सेनेटरी पेड की जाँच करना और यह भी देखना कि दुर्गन्ध तो नहीं आ रही है।
- स्तनों में खिंचाव का परीक्षण करना तथा निप्पल की जाँच करना एवं स्तनपान की जाँच करना।

3.12.2.2 नवजात बच्चे की जाँच हेतु प्रथम विजिट

पूर्व जानकारी लेना :–

यदि एएनएम प्रसव के समय उपस्थित नहीं है तो पूर्व की जानकारी लेना महत्वपूर्ण है। निम्न बातें माता से पूछना हैः–

- नवजात ने मूत्र कब किया ?
- नवजात ने प्रथम मल कब किया ?
- क्या प्रसूता ने प्रसव के एक घण्टे के भीतर नवजात को स्तनपान करवाना प्रारम्भ कर दिया ?
- क्या नवजात स्तन को ठीक से चूंस रहा है ?
- बच्चे को सांस लेने में कोई तकलीफ तो नहीं है (तेज सांस चल रही है/छाती में दर्द है)?
- क्या नाल कोर्ड लाल है, उसमें सूजन है अथवा पस निकल रही है ?
- बच्चे का हिलना–डुलना कम है अथवा सामान्य है (सामान्यतः नवजात अपनी भुजाएं, पैर हिलाता है अथवा एक मिनट में कई बार सिर हिलाता है)
- त्वचा में किसी प्रकार का संक्रमण है–लाल धब्बे पड़े है जो कि पस हो सकती है।
- कोई convulsions
- क्या पूर्व में बुखार की शिकायत रही है ?
- किसी विशेष प्रकार की गतिविधी दिखाई दी है या नहीं ?
- किसी विशेष प्रकार की जटिलता है या नहीं ?

यदि उपरोक्त में से कोई भी जटिलता नजर आए तो बच्चे को एफआरयू में भिजवाया जाना चाहिये।

बच्चे की जाँच करना :–

श्वास की गति

बच्चे की प्रति मिनट रेस्पायरी रेट गिनें। सामान्य रेस्पायरी रेट 30–60 सांस प्रति मिनट है। यदि यह प्रति मिनट 30 सांसों से कम है अथवा 60 सांसे प्रति मिनट से अधिक है तो नवजात को रेफर करें।

चेस्ट इन ड्राइंग :–

नवजात में माइल्ड चेस्ट ड्राइंग सामान्यतः होता है क्योंकि सीने की दीवार नाजुक होती है। गंभीर चेस्ट इन ड्राइंग (निचली छाती) निमोनिया के संकेत हैं अतः बच्चे को रेफर करना चाहिये।

पेलोर :–

बच्चे का रंग पीला होने पर पीलिया की संभावना होती है। यदि बच्चे के जन्म के 24 घण्टे के भीतर होता है तो यह असामान्य माना जाता है अतः बच्चे को रेफर कर देना चाहिये।

क्यानोसिस :–

यदि बच्चे की जीभ का रंग नीला है एवं होठ असामान्य है तो बच्चे को रेफर करें।

शरीर का तापमान :–

शरीर का तापमान ज्ञात करने के लिये थर्मामीटर का प्रयोग किया जाता है अथवा नवजात के एबडोमिन या एक्सिला से भी महसूस किया जा सकता है। यदि तापमान 36.5 डिग्री सेन्टीग्रेट से कम हो या 37.4 डिग्री से अधिक है तो नवजात को रेफर करें।

अम्बिलिशस की जाँच करना :–

रक्त बहने, लालपन आने अथवा पस आने पर अम्बिलिशस की जाँच करें।

त्वचा के संक्रमण की जाँच करना :–

बच्चे के जन्म के 2–3 दिन बाद ही त्वचा पर लाल दाने देखे जा सकते है। ये सामान्य है। लेकिन यदि 10 अथवा अधिक दाने हों (लाल धब्बे अथवा फोड़ा जिसमें पस हो) जो कि एब्सस की निशानी है बच्चे को रेफर करें।

बच्चे के चिल्लाने एवं गतिविधियों की जाँच करना :–

यदि बच्चा गतिशील नहीं है/कमजोर आवाज है/अधिक आवाज में लगातार चिल्ला रहा है/असामान्य गतिविधियाँ दिखाई दे रही है अथवा बच्चे में सामान्य से कम गतिशीलता है तो बच्चे को रेफर करें।

आंखों के बहने की जाँच करना :–

यदि आंखे लाल है, पानी आ रहा है अथवा सूजन आ रहा है तो आंखो की जांच करे और रेफर करें।

कान्जेनिशल मेलफोरमेशन की जाँच करना :–

कान्जेनिशल मेलफोरमेशन की एवं जन्म के समय की स्थिति की जाँच करें। यदि कुछ भी है तो नवजात को रेफर करें।

3.12.2.3 लगातार माता की देखभाल हेतु विजिट करना :–

जानकारी लेनाः–

पहली पीएनसी विजिट के समय की तरह ही पूर्व की जानकारी लेवें और माता से निम्न प्रश्न पूछें क्या लगातार योनि में से रक्त बह रहा है ? जैसेः–पीपीएच (प्रसव के 24 घण्टे अथवा अधिक समय बार रक्त बहना)।

- योनि में से हो रहे बहाव में क्या बदबू आती है ? यह प्यूरिपरल सेप्सिस को प्रदर्शित करता है।
- उसे बुखार तो नहीं है ?
- मूत्र त्यागने पर दर्द या कठिनाई तो नहीं होती है (ड्रिब्लिंग अथवा लीकिंग) ?
- क्या कोई जटिलता है या ठीक महसूस नहीं कर रही है ?
- क्या वह खुश नहीं है अथवा चिल्ला रही है ? यह प्रसव पश्चात् डिप्रेशन को दर्शाता है और प्रसव के 4–7 दिन बाद हो जाता है।
- उसे कोई और तकलीफ तो नहीं है ?

माता की जाँच करनाः–

प्रथम पीएनसी विजिट की तरह ही इसमें भी जाँच करनी चाहिये। इसमें निम्नलिखित बातें शामिल हैः–

- धड़कन की, रक्तचाप की और शरीर के तापमान की जाँच करना।

- पेलोर की जाँच ।
- यह जाँच करने के लिये एबडोमिनल परीक्षण करवाना कि गर्भाशय पूर्ण विकसित है (कठोर एवं गोल और गर्भाशय से सम्बधित कोई कठिनाई नहीं है। यदि दर्द होता है तो माता को रेफर करें।
- सूजन एवं पस के होने की जाँच हेतु व्युलवा और पेरिनियम की जाँच करें यदि ये उपलब्ध हैं तो माता को रेफर करें।
- रक्तस्राव एवं लोशिया के लिये सेनेटरी पेड की जाँच करें। यदि इसमें दुर्गन्ध आ रही है तो माता को रेफर करें।
- लम्पस अथवा खिंचाव की जाँच हेतु स्तनों की जाँच करें। यदि यह मौजूद है तो माता को रेफर करें।
- निप्पल की जाँच करें यदि इनमें कटाव अथवा अन्य कोई तकलीफ है तो माता को रेफर करें।

3.12.2.4 लगातार नवजात की देखभाल हेतु विजिट करना

पूर्व की जानकारी लेना :–
प्रथम पीएनसी विजिट के दौरान पूछे गये प्रश्नों की तरह ही माता से उसी प्रकार प्रश्न पूछें।

नवजात की जाँच करना :–
नवजात की देखभाल करना और निम्नलिखित रिकार्ड संधारित करना

- क्या वह अच्छा महसूस कर रही है।
- यदि सांस लेने में कठिनाई हो रही है (सांस तेज/धीमे चले या चेस्ट इन ड्राइंग), बुखार हो रहा है अथवा नवजात को छूने पर ठण्ड लगे।
- क्या बच्चे को पीलिया है
- क्या अम्बिलिकल कोर्ड में सूजन है अथवा उसमें से रिसाव हो रहा है।
- क्या नवजात को डायरिया (थूक में खून) है।
- क्या नवजात बच्चे को दोरे पड़ रहे हैं।

यदि उपरोक्त में से कोई भी समस्या है तो नवजात को रेफर करें।

नवजात के वजन में कमी होना :–

- प्रथम तीन दिन में वजन में कमी (जन्म के समय के वजन का 10 प्रतिशत होना सामान्य है माता को इस बारे में चिंतित नहीं होना चाहिये। यदि वजन 10 प्रतिशत से अधिक कम हो रहा है तो स्तनपान लगातार करवाना चाहिये (माता को दी गई सलाह के अनुसार)। तीन दिन बाद, नवजात को वजन बढ़ने लगेगा और प्रथम सप्ताह तक जन्म के समय वाला वजन पुनः हो जायेगा।

3.12.2.5– 42 वें दिन माता की देखभाल हेतु विजिट करना

पूर्व की जानकारी लेनाः–

माता से निम्न प्रश्न पूछेः–

- क्या योनि में से रक्त का बहाव बंद हो गया है ?
- क्या योनि में से हो रहे स्राव में बदबू आ रही है?
- मूत्र त्यागने पर दर्द या कठिनाई तो नहीं होती है (ड्रिब्लिंग अथवा लीकिंग)?
- क्या वह अच्छा महसूस नहीं कर रही है अथवा स्तनपान के दौरान कोई कठिनाई हो रही है?
- क्या उसे किसी प्रकार की तकलीफ महसूस हो रही है?

माता की देखभाल हेतु जाँच करनाः–

- महिला के रक्तचाप की जाँच करना।
- पेलोर की जाँच करना।
- सूजन अथवा पस की मौजूदगी जाँचने हेतु व्यूलवा एवं पेरिनियम की जाँच करना।
- लम्पस अथवा खिंचाव की जांच हेतु स्तनों की जांच करें यदि यह मौजूद है तो माता को रेफर करें।

3.12.2.5– 42 वें दिन नवजात की देखभाल हेतु विजिट करना

पूर्व की जानकारी लेना

माता से निम्न प्रश्न पूछेः–

- क्या शिशु को दी जाने वाली समस्त खुराकें मिल गई?
- क्या शिशु लगातार स्तनपान कर रहा है, स्तनपान में कोई तकलीफ तो नहीं है?
- बच्चे का वजन कितना हो गया है?
- बच्चे में निम्नलिखित में से कोई दिक्कत तो नहीं है?
    - ➢ स्तनपान नहीं कर रहा है।
    - ➢ बीमार दिख रहा है (ढिलापन और चिड़चिड़ापन)
    - ➢ बुखार है अथवा छूने पर ठण्ड लग रही है।
    - ➢ दौरे पड़ रहे हैं।
    - ➢ सांस लेने में तकलीफ हो रही है।
    - ➢ थूक में खून आ रहा है।
    - ➢ दस्त अथवा डायरिया हो रहा है

नवजात की जांच करना

- बच्चे के वजन की जांच करना।
- यह जांचना कि बच्चा एक्टिव है अथवा ढीला है।
- यह जाँचे कि बच्चे में अन्य कोई जटिलता तो नहीं है।

महिला को विस्तृत एएनसी एवं पीएनसी की सुविधा प्रदान करने के बाद एएनएम समय रहते ही महिला में आने वाली जटिलता को पहचान सकती है और महिला को रेफर कर सकती है और नवजात में आ रही जटिलता के इलाज हेतु उच्च संस्थान पर रेफर कर दिया जायेगा। इसके द्वारा मातृ शिशु एवं नवजात मृत्यु की दर में कमी लाई जा सकेगी।

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मध्यप्रदेश

संशोधित संस्करण- 1.1

आरसीएच रजिस्टर

उप स्वास्थ्य केन्द्र सेवा पंजिका

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन,मध्यप्रदेश

ग्राम का नाम-

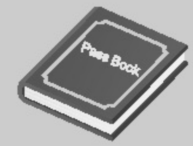
उप स्वास्थ्य केन्द्र का नाम-

खण्ड - I

योग्य दम्पत्तियों की ट्रेकिंग एवं

गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग व फॉलो-अप सेवाएं

खण्ड-I (अनुक्रमाणिका)

योग्य दम्पत्तियों का विवरण					
1	2	3		4	
					
क्रमांक	महिला का ई.सी.टी.एस./ एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर*	महिला का नाम	पति का नाम **	महिला का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण	
				आधार नम्बर/उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/उपलब्ध नहीं
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

* इस आई.डी. नंबर को ईसीटीएस/एमसीटीएस पोर्टल से, योग्य दम्पत्तियों हेतु जारी होने के बाद प्राप्त कर अंकित करें। यह ईसीटीएस/एमसीटीएस आई.डी. नंबर महिला के संपूर्ण प्रजनन काल में (49 वर्ष की उम्र तक) एक ही रहेगा।
** यदि पति का नाम अज्ञात है तो "लागू नहीं" लिखें।

खण्ड - I

योग्य दम्पत्तियों का विवरण

4	5			6	7
	पति का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण**			मोबाइल नम्बर पति/महिला/परिवार (उल्लेखित करें)	पृष्ठ क्रमांक***
बैंक एवं शाखा का नाम व आई.एफ.एस.सी कोड/ उपलब्ध नहीं	आधार नम्बर/उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम व आई.एफ.एस.सी कोड/ उपलब्ध नहीं		

** यदि पति का नाम अज्ञात है तो, ''लागू नहीं'' लिखें।
***इस पंजिका का पृष्ठ क्रमांक जिस पर योग्य दंपति का विवरण दर्ज है।

खण्ड - I

योग्य दम्पत्तियों का विवरण एवं गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग

EC - 1

1	2	3	4			5		
क्रमांक	महिला का ई.सी.टी.एस./ एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर*	पंजीकरण का दिनांक #	महिला			पति**		
			नाम	वर्तमान आयु (वर्ष में)	विवाह के समय आयु (वर्ष में)	नाम	वर्तमान आयु (वर्ष में)	विवाह के समय आयु (वर्ष में)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

* योग्य दम्पत्तियों की एन्ट्री ईसीटीएस/ एमसीटीएस पोर्टल पर करवाने के उपरान्त जारी योग्य दम्पत्ति आई.डी. नम्बर को प्राप्त कर अंकित करें।
** यदि पति का नाम अज्ञात है तो, ''लागू नहीं'' लिखें/ यदि विवाह संबंधित जानकारी अज्ञात है तो ''लागू नहीं'' लिखें'।
# जहाँ लागू हो, दिनांक/माह/वर्ष, इस तरह लिखें।

खण्ड - I

योग्य दम्पत्तियों का विवरण एवं गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग

EC - 1

6	7	8	9	10		11		12		13
घर का पता	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/जन-जाति/अन्य)	गरीबी रेखा के नीचे/ गरीबी रेखा के ऊपर	कुल जन्मे बच्चों की संख्या		कुल जीवित बच्चे		सबसे छोटे बच्चे की जानकारी		यदि योग्य दंपत्ति बांझ है तो एफ.आर.यू./जिला चिकित्सालय भेजें
				लड़का	लड़की	लड़का	लड़की	आयु (वर्ष में)	लिंग (लड़का/ लड़की)	

टिप्पणी : आरसीएच पंजिका को दो वित्तीय वर्ष हेतु उपयोग करें, प्रथम वर्ष का मासिक फॉलोअप एवं गर्भनिरोधक के प्रयोग की जानकारी EC - 2 प्रपत्र में अंकित करें एवं द्वितीय वर्ष की जानकारी EC-2 A प्रपत्र में अंकित करें।

खण्ड - I

प्रथम वर्ष : ....

गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग

EC - 2

14 गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग 15

(क) निरोध (ख) गर्भनिरोधक गोलियां (ग) कॉपर आई.यू.सी.डी. 380 ए (10 वर्ष) (घ) कॉपर आईयूसीडी 375 (5 वर्ष) (ङ.) महिला नसबंदी
(च) पुरुष नसबंदी (छ) आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां** (ज) कोई नहीं (झ) अन्य (विवरण दें)

मासिक भेंट (12 भेंट एक वर्ष में)

	माह →	अप्रैल		मई		जून		जुलाई		अगस्त		सितंबर		अक्तूबर		नवंबर		दिसंबर		जनवरी		फरवरी		मार्च		
क्रमांक	महिला का नाम	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	गर्भावस्था जांच *+/-/ अथवा नहीं किया
1.																										
2.																										
3.																										
4.																										
5.																										
6.																										
7.																										
8.																										

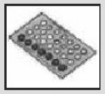
*यदि गर्भावस्था जांच निगेटिव (-) है तो मासिक फॉलोअप जारी रखें। यदि महिला गर्भवती है तो जानकारी खण्ड-।। में लिखें।
**आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली एक नियमित गर्भनिरोधक नहीं है। सिर्फ आकस्मिक परिस्थितियों में प्रयोग करें।
टिप्पणी : दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात् उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

द्वितीय वर्ष : ....

गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग

EC - 2 A

14 गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग 15



(क) निरोध (ख) गर्भनिरोधक गोलियां (ग) कॉपर आई.यू.सी.डी. 380 ए (10 वर्ष) (घ) कॉपर आईयूसीडी 375 (5 वर्ष) (ङ.) महिला नसबंदी
(च) पुरुष नसबंदी (छ) आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां** (ज) कोई नहीं (झ) अन्य (विवरण दें)

मासिक भेंट (12 भेंट एक वर्ष में)

	माह →	अप्रैल		मई		जून		जुलाई		अगस्त		सितंबर		अक्तूबर		नवंबर		दिसंबर		जनवरी		फरवरी		मार्च		
क्रमांक	महिला का नाम	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	भेंट दिनांक	उपाय	गर्भावस्था जांच *+/-/ अथवा नहीं किया
1.																										
2.																										
3.																										
4.																										
5.																										
6.																										
7.																										
8.																										

*यदि गर्भावस्था जांच निगेटिव (-) है तो मासिक फॉलोअप जारी रखें। यदि महिला गर्भवती है तो जानकारी खण्ड-।। में लिखें।
**आपातकालीन गर्भनिरोधक गोली एक नियमित गर्भनिरोधक नहीं है। सिर्फ आकस्मिक परिस्थितियों में प्रयोग करें।
टिप्पणी : दंपत्ति को पुरुष नसबंदी के तीन माह बाद एवं महिला नसबंदी के दो माह बाद योग्य दम्पत्ति की श्रेणी से हटा सकते हैं। इसके पश्चात् उनसे गर्भनिरोधकों के प्रयोग की जानकारी हेतु मासिक भेंट की आवश्यकता नहीं रहती।

खण्ड - II

गर्भवती महिलाओं को प्रसव पूर्व, प्रसव के दौरान एवं प्रसवोत्तर सेवाएं

खण्ड - II (अनुक्रमणिका)

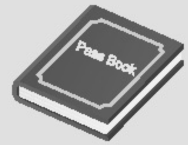
1	2	3	4	5			6		7
									
क्रमांक	गर्भवती महिला का पी.सी.टी.एस./ एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर[1]	गर्भवती महिला का नाम	पति का नाम*	गर्भवती महिला का आधार नम्बर एवं बैंक विवरण			जे.एस.वाई. लाभार्थी विवरण		पृष्ठ क्रमांक[3]
				आधार नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक खाता नम्बर/ उपलब्ध नहीं	बैंक एवं शाखा का नाम/उपलब्ध नहीं	जे.एस.वाई. लाभार्थी हाँ/नहीं	भुगतान हुआ हाँ/नहीं[2]	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

Table title: गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

(1) यह आई.डी. नं. गर्भवती महिला का नाम पीसीटीएस/ एमसीटीएस में दर्ज होने के बाद जारी होगा, प्राप्त कर अंकित करें।
(2) केवल जे.एस.वाई. लाभार्थियों 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

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण — PW - 1

सामान्य जानकारी

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
क्रमांक	गर्भवती महिला का पी.सी.टी.एस./ एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर*	गर्भवती महिला का नाम	घर का पता	पति का नाम**	मोबाइल नम्बर महिला का/पति/ पड़ोसी/परिवार (उल्लेखित करें)	धर्म	जाति (अनुसूचित जाति/अनु- सूचित जन- जाति/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.											

* यह आई.डी. नं. गर्भवती महिला का नाम पीसीटीएस/एमसीटीएस में दर्ज होने के बाद जारी होगा, अंकित करें।

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

खण्ड - ।।

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 1

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 पंजिका का संलग्नक - I देखें)
(2) (क) टी.बी. (TB) (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ड.) 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) (ड.) मृत जन्म (च) जन्मजात विसंगता (Congenital Anomaly) (छ) सीजेरियन (ज) रक्ताधान (Blood Transfusion) (ट) जुड़वाँ बच्चे (ठ) अवरूद्ध प्रसव (Obstructed Labour) (ड) पी.पी.एच (PPH) (ढ) अन्य (विवरण दें) (ण) कोई नहीं
(4) प्रत्येक गर्भावस्था का परिणामः (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 नही लिखें क्योंकि ये गोपनीय है एवं उसे आई.सी.टी.सी. (ICTC) केंद्र भेजें।

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 2

प्रसवपूर्व देखरेख का विवरण

23	24	25	26	27	28	29		30	31	32		33
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।

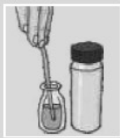
(2) आई (Induced) - प्रेरित / एस (Spontaneous) - अचानक

खण्ड - II

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 2

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 एसिड़ (FA) गोलियों की संख्या* (गर्भावस्था के 12 हफ्तों के भीतर दिया)(4) /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(9)	मातृ मृत्यु (हाँ/नहीं)	यदि मृत्यु हुई, तो दिनांक स्थान 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 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) 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/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)

*हंसियाकार रक्ताल्पता (Sickle Cell Anaemia) में एफ.ए. तथा आई.एफ.ए. गोलियाँ 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

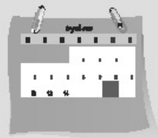
नोटः सिर्फ तीसरी ए.एन.सी. जाँच के समय (28 से 34 हफ्तों के बीच में) कॉलम नं. 42 का प्रश्न गर्भवती महिला से पूछें एवं अंकित करें।

खण्ड - II

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 3

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.वी/चिकित्सक/स्टाफ नर्स/रिश्तेदार/अन्य (विवरण दे)

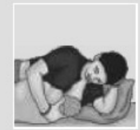
(3) सामान्य/सिजेरियन/(Assisted) असिस्टेड

(4) (क) पीपीएच (ख) अपांल (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 (इक्लेम्पसिया, तेज बुखार, रक्तस्राव, बाधित प्रसव, लंबा प्रसव, अन्य (विवरण दें))

खण्ड - II

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 3

												
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/ नही/लागू नहीं)	कोई जन्मजात विकृति[5]	जन्म के समय वज़न	जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया (हाँ/नही)	जन्म के समय टीका/ खुराक[6] (दिया/नहीं दिया)			
									ओ.पी.वी.	बी.सी.जी	हेपेटाइटिस बी	इन्जेक्शन विटामिन के[7]
									दिनाँक	दिनाँक	दिनाँक	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 (ङ.) 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)।

खण्ड - I I

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 4

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]	
1.		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
2.		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
3.		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					
4.		पहला दिन					
		तीसरा दिन					
		सातवाँ दिन					
		चौदहवाँ दिन					

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

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

(3) (क) पीलिया (ख) दस्त (ग) उल्टी (घ) बुखार (ड.) 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 हाँ 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।

खण्ड - II

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
			शिशु मृत्यु[7]		मातृ मृत्यु[8]			
माता	शिशु		कारण	दिनाँक	कारण	दिनाँक		

(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 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, रक्तस्राव (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।

खण्ड - II

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 4 A

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 हाँ 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 हाँ 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।

खण्ड - II

गर्भवती महिलाओं का अनुसरण

PW - 4 A

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- (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।

खण्ड - III

शिशु टीकाकरण एवं देखभाल

खण्ड - III (अनुक्रमणिका)

बच्चों का अनुसरण

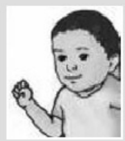
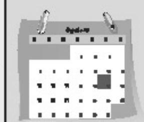
1	2	3	4		5		6	7
क्रमांक	शिशु का पी.सी.टी.एस./ एम.सी.टी.एस. आई.डी. नम्बर	पंजीकरण दिनांक	शिशु का नाम	शिशु का लिंग (लड़का/लड़की)	नाम		मोबाइल नम्बर माता/पिता/अन्य	पृष्ठ क्रमांक*
					माता	पिता		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

*इस पंजिका का पृष्ठ क्रमांक जिस पर शिशु की जानकारी लिखी है।

खण्ड - III

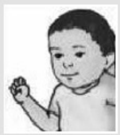
बच्चों का अनुसरण

CH - 1

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

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण — CH - 2

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

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

(2) पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की आयु तक) : बीसीजी + डीपीटी 1, 2, 3 + ओपीवी 1, 2, 3 + हेपेटाइटिस बी 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)।
यदि पेंटावेलेंट टीका दिया गया है तो पूर्ण टीकाकरण (बारह माह की उम्र तक) - बीसीजी + ओपीवी 1, 2, 3 + पेंटावैलेंट 1, 2, 3 + मीज़ल्स (पहली खुराक)
टिप्पणी : प्रत्येक टीकाकरण सत्र के पश्चात संलग्नक-3 में दी हुई संक्षिप्त सारणी क्रमांक I व 2 को भरें।
* यदि लागू हो ** उसी समय (उसी दिन) इस पंजिका का CH - 3 प्रपत्र भी भरें। *** चयनित जिलों में

बच्चों का अनुसरण

CH - 2

21					22	23							24	24A	24B	25		26	27
					2 वर्ष तक सारे टीके ''टीकाकरण सारणी'' के अनुसार लगे[3] (हाँ/नहीं)	विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक)[7]							डीपीटी बूस्टर-2 (5 वर्ष पर)	टी.टी. (10 वर्ष पर)	टी.टी. (16 वर्ष पर)	टीकाकरण पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई		प्रकरण को बंद करने का कारण (शिशु बहिर्गमन/मृत्यु)[6] यदि मृत्यु हो गई तो तिथि, स्थान और संभावित कारण लिखें	टिप्पणी, यदि कोई हो
ओपीवी बूस्टर**	डीपीटी बूस्टर 1**	मीज़ल्स (दूसरी खुराक)**	विटामिन ए (दूसरी खुराक)	जे.ई.* दूसरी खुराक															
दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक		तीसरी खुराक का दिनांक	चौथी खुराक का दिनांक	पाँचवीं खुराक का दिनांक	छठवीं खुराक का दिनांक	सातवीं खुराक का दिनांक	आठवीं खुराक का दिनांक	नौवीं खुराक का दिनांक	दिनांक	दिनांक	दिनांक	गंभीर/ गैर गंभीर[4]	टीके का विवरण[5]		

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

खण्ड - III

बच्चों का अनुसरण

CH - 3

28	29	30	31	32						33						34
शिशु का क्रमांक	क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छः माह तक दिया (हाँ/नहीं)	क्या छः माह के पश्चात् अतिरिक्त भोजन खिलाना शुरू किया गया (हाँ/नहीं)	यदि नहीं तो शिशु की क्या उम्र थी जब भोजन खिलाना शुरू किया गया?	जब शिशु मीज़ल्स की पहली खुराक के लिए आता है (नौ-बारह माह के बीच) उस समय शिशु का वज़न भी लें एवं माता से पूछें क्या पछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						जब शिशु बूस्टर टीके लगवाने के लिये 16-24 माह के बीच आता है उस समय शिशु का वज़न भी लें एवं माता से पूछें क्या पिछले 15 दिनों में शिशु को दस्त एवं/या निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) हुआ था?						टिप्पणी, यदि कोई हो
				भेंट दिनांक	शिशु का वजन (कि.ग्रा.)	दस्त (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, ओ.आर.एस. दिया (हाँ/नहीं)	निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नही/ पता नहीं)	भेंट दिनांक	शिशु का वजन (कि.ग्रा.)	दस्त (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, ओ.आर.एस. दिया (हाँ/नहीं)	निमोनिया (बुखार एवं तेज सांस चलना/छाती का अंदर जाना) (हाँ/नहीं)	यदि हाँ, एन्टीबायोटिक दिया (हाँ/नहीं/ पता नहीं)	
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																

खण्ड - IV

संलग्नक

खण्ड IV

एल.एम.पी. की तिथि से प्रसव की संभावित तिथि (ई.डी.डी.) की गणना के लिये कैलेण्डर

LMP	जनवरी	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	जनवरी	LMP
EDD	अक्टूबर	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	नवम्बर	EDD
LMP	फरवरी	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	-	-	-	फरवरी	LMP
EDD	नवम्बर	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	-	-	-	दिसम्बर	EDD
LMP	मार्च	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	मार्च	LMP
EDD	दिसम्बर	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	जनवरी	EDD
LMP	अप्रैल	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	अप्रैल	LMP
EDD	जनवरी	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	-	फरवरी	EDD
LMP	मई	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	मई	LMP
EDD	फरवरी	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	मार्च	EDD
LMP	जून	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	जून	LMP
EDD	मार्च	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		अप्रैल	EDD
LMP	जुलाई	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	जुलाई	LMP
EDD	अप्रैल	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	मई	EDD
LMP	अगस्त	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	अगस्त	LMP
EDD	मई	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	जून	EDD
LMP	सितम्बर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	सितम्बर	LMP
EDD	जून	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	-	जुलाई	EDD
LMP	अक्टूबर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	अक्टूबर	LMP
EDD	जुलाई	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	अगस्त	EDD
LMP	नवम्बर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	-	नवम्बर	LMP
EDD	अगस्त	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		सितम्बर	EDD
LMP	दिसम्बर	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	दिसम्बर	LMP
EDD	सितम्बर	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	अक्टूबर	EDD

राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी (NIS) - नवजात शिशु, बच्चों और गर्भवती महिलाओं हेतु

टीके	कब देने हैं	खुराक	तरीका	स्थान
गर्भवती महिलाओं के लिए				
टी.टी.-1	गर्भावस्था की शुरूआत में	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	ऊपरी बाँह
टी.टी.-2	टी.टी. - पहली खुराक के चार हफ्ते बाद*	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	ऊपरी बाँह
टी.टी. - बूस्टर*	यदि पिछले 3 वर्षों के अंदर गर्भावस्था के समय टी.टी.-I एवं टी.टी.-2 के दोनों टीके लगे हों तो इस गर्भावस्था में उसे सिर्फ एक ही टी.टी. इंजेक्शन दें	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	ऊपरी बाँह
शिशु के लिए				
बी.सी.जी.	जन्म के समय या एक वर्ष की आयु के अंदर	0.1 मि.ली. (1 माह की आयु तक 0.05 मि.ली.)	त्वचा के बीच में	बाईं ऊपरी बाँह
हेपेटाइटिस-बी - 0	जन्म के समय या 24 घंटों के अंदर	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	मध्य जाँघ के बाह्य सापेक्ष (एंटरो लैटरल साइड) में
ओ.पी.वी. - 0	जन्म के समय यथाशीघ्र या 15 दिनों के अंदर	2 बूँद	मुख से	मुख से
ओ.पी.वी. - 1, 2 और 3	6 हफ्ते, 10 हफ्ते और 14 हफ्ते में	2 बूँद	मुख से	मुख से
डी.पी.टी. - 1, 2 और 3	6 हफ्ते, 10 हफ्ते और 14 हफ्ते में	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	मध्य जाँघ के बाह्य सापेक्ष (एंटरो लैटरल साइड) में
हेपेटाइटिस-बी : 1, 2 और 3	6 हफ्ते, 10 हफ्ते और 14 हफ्ते में	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	मध्य जाँघ के बाह्य सापेक्ष (एंटरो लैटरल साइड) में
पेन्टावैलेन्ट वैक्सीन** 1, 2 और 3	6 हफ्ते, 10 हफ्ते और 14 हफ्ते में	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	मध्य जाँघ के बाह्य सापेक्ष (एंटरो लैटरल साइड) में
मीज़ल्स I	9 माह से 12 माह के बीच	0.5 मि.ली.	त्वचा के नीचे	दाईं ऊपरी बाँह
विटामिन-ए (पहली खुराक)	9 माह की समाप्ति पर मीज़ल्स के साथ - पहली खुराक	I मि.ली. (1 लाख आई.यू.)	मुख से	मुख से
जेपनीज़ एनसेफेलाइटिस (पहली खुराक)***	9 माह से 12 माह के बीच	0.5 मि.ली.	त्वचा के नीचे	बाईं ऊपरी बाँह
बच्चों के लिए				
डी.पी.टी. बूस्टर-1	16-24 माह	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	मध्य जाँघ के बाह्य सापेक्ष (एंटरो लैटरल साइड) में
ओ.पी.वी. बूस्टर	16-24 माह	2 बूँद	मुख से	मुख से
मीज़ल्स - (दूसरी खुराक)	16-24 माह	0.5 मि.ली.	त्वचा के नीचे	दाईं ऊपरी बाँह
जेपनीज़ एनसेफेलाइटिस (दूसरी खुराक)***	16-24 माह	0.5 मि.ली.	त्वचा के नीचे	बाईं ऊपरी बाँह
विटामिन-ए (2री से 9वीं खुराक)	18 माह (2री खुराक) उसके पश्चात् एक खुराक प्रति छः माह, 5 वर्ष की आयु तक	2 मि.ली. (2 लाख आई.यू.)	मुख से	मुख से
डी.पी.टी. बूस्टर-2	5-6 वर्ष	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	ऊपरी बाँह
टी.टी.	10 वर्ष और 16 वर्ष	0.5 मि.ली.	मांसपेशीगत	ऊपरी बाँह

* यदि गर्भवती महिला को पिछले 3 वर्षों के अंदर गर्भावस्था के समय टी.टी.-I एवं टी.टी.-2 के दोनों टीके लगे हों तो इस गर्भावस्था में उसे सिर्फ एक ही टी.टी. इंजेक्शन दें एवं उसे बूस्टर टी.टी. के रूप में अंकित करें।
यदि गर्भवती महिला 36 हफ्तों के बाद या प्रसव के समय आती है एवं उसने पहले कोई भी टी.टी. का टीका नहीं लिया तो एक टी.टी. का इंजेक्शन जरूर दें एवं उसे टी.टी.-I के रूप में अंकित करें।
** कुछ राज्यों में डी.पी.टी. 1, 2, 3 एवं हेपेटाइटिस-बी 1, 2, 3 के स्थान पर पेंटावलेंट वेक्सिन 1, 2, 3 शुरू किया गया है
*** जे.ई. टीका, चयनित जिलों में।

ANM हेतु मासिक संक्षेप तालिका (नमूना)
तालिका 1 एवं 2 में हर टीकाकरण सत्र का विवरण लिखें

तालिका 1

गांव का नाम　　　　तिथि (DD/MM/YYYY)

प्रत्येक टीकाकरण सत्र में प्रयोग में लाए गए लोजैस्टिक का अभिलेखीकरण

	प्राप्त की गई खुराक की मात्रा	वापस की गई खुराक की मात्रा	बैच क्रमांक	निर्माता का नाम	समाप्ति की तिथि
एन्टीजन का प्रयोग					
बी.सी.जी.					
ओ.पी.वी.					
डी.पी.टी.					
हेपेटाइटिस-बी					
टी.टी.					
पेन्टावेलन्ट वेक्सिन					
जे.ई.					
विटामिन-ए					
मीज़ल्स					
डाइल्यूएन्ट का प्रयोग					
बी.सी.जी. डाइल्यूएन्ट					
जे.ई डाइल्यूएन्ट					
मीज़ल्स डाइल्यूएन्ट					
सिरिंज का साइज					
0.1 मि.ली.					
0.2 मि.ली.					
0.5 मि.ली.					
5 मि.ली.					

तालिका 2

गांव का नाम　　　　तिथि (DD/MM/YYYY)

टीकाकरण सत्र का संक्षेप (एंटीजन के अनुरूप लाभार्थी संख्या)

	खुराक संख्या					
एन्टीजन	0	1	2	3	बूस्टर-1	बूस्टर-2
बी.सी.जी.						
ओ.पी.वी.						
डी.पी.टी.						
हेपेटाइटिस-बी						
मीज़ल्स						
टी.टी. (गर्भवती महिला के लिए)*					बूस्टर (यदि लागू हो)	
जे.ई.						
पेन्टावेलन्ट वेक्सिन						

विटामिन-ए खुराक संख्या (1-9)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
विटामिन-ए खुराक									

*दूसरी/या बूस्टर खुराक

**कुल 9 खुराक- पहली- 9 महीने पर, दूसरी 18 महीने पर, तीसरी- 24 महीने पर, उसके बाद एक खुराक हर 6 महीने के अन्तराल पर, पाँच साल की आयु तक

संक्षिप्तिकरण (Abbreviations)

Sr. No	Abbreviation	Description	Sr. No	Abbreviation	Description
1	AEFI (ए.ई.एफ.आई.)	Adverse Events Following Immunization	23	ICTC (आई.सी.टी.सी.)	Integrated Counseling & Testing Centre
2	ANC (ए.एन.सी.)	Ante Natal Care	24	ID No. (आई.डी. नं.)	Identification Number
3	ANM (ए.एन.एम.)	Auxiliary Nurse Midwife	25	IFA (आई.एफ.ए.)	Iron Folic Acid
4	APH (ए.पी.एच.)	Ante Partum Haemorrhage	26	IU (आई.यू.)	International Unit
5	ASHA (आशा)	Accredited Social Health Activist	27	IUCD (आई.यू.सी.डी.)	Intra Uterine Cervical Device
6	AWW (ए.डब्ल्यू.डब्ल्यू.)	Aangan Wadi Worker	28	JE (जे.ई.)	Japanese Encephalitis
7	BCG (बी.सी.जी.)	Bacillus Calmette -Guerin	29	JSY (जे.एस.वाय.)	Janani Suraksha Yojana
8	BP (बी.पी.)	Blood Pressure	30	KG (के.जी.)	Kilogram
9	CH (सी.एच.)	Child	31	LMP (एल.एम.पी.)	Last Menstrual Period
10	CHC (सी.एच.सी.)	Community Health Centre	32	MG (एम.जी.)	Milligram
11	CU (सी.यू.)	Copper	33	Mm (एम.एम.)	Millimeter
12	DPT (डी.पी.टी.)	Diphtheria Pertussis Tetanus	34	MPW (एम.पी.डब्ल्यू.)	Multi Purpose Worker
13	EC (ई.सी.)	Eligible Couple	35	OPV (ओ.पी.वी.)	Oral Polio Vaccine
14	EDD (ई.डी.डी.)	Expected Date of Delivery	36	PHC (पी.एच.सी.)	Primary Health Centre
15	FA (एफ.ए.)	Folic Acid	37	PNC (पी.एन.सी.)	Post Natal Care
16	FH (एफ.एच.)	Fundal Height	38	PW (पी.डब्ल्यू.)	Pregnant Women
17	FRU (एफ.आर.यू.)	First Referral Unit	39	RTI (आर.टी.आई.)	Reproductive Tract Infection
18	Gm (ग्राम)	Gram	40	STI (एस.टी.आई.)	Sexually Transmitted Infections
19	Hb (एच.बी.)	Haemoglobin	41	TB (टी.बी.)	Tuberculosis
20	HEP B (हेप बी.)	Hepatitis B	42	TT (टी.टी.)	Tetanus Toxoid
21	HG (एच.जी.)	Mercury	43	VDRL (वी.डी.आर.एल.)	Venereal Disease Research Laboratory
22	HIV (एच.आई.वी.)	Human-Immuno-deficiency Virus			

इसके अतिरिक्त आरसीएच रजिस्टर के निम्नानुसार खण्डों में भी सम्बन्धित केसेज की लाइन लिस्ट की जानी है :–

खण्ड– 1 A

इस खण्ड में नसबन्दी पश्चात् हुए असफल व मृत्यु के केसेज की लाईन लिस्ट की जानी है।

खण्ड–1 B

इस खण्ड में निःसंतान दम्पत्तियों की लाईन लिस्ट की जानी है।

खण्ड–III अ

में 5 वर्ष तक की आयु के बच्चों में दस्त रोग (डायरिया), निमोनिया व अन्य बीमारियों के ईलाज एवं रैफरल सेवाओं की लाईन लिस्ट की जानी है।

खण्ड–III ब

में 5 वर्ष तक की आयु के अतिकुपोषित बच्चों की लाईनलिस्ट एवं उनके फॉलोअप की ऐन्ट्री की जानी है।

खण्ड–III स

में एसएनसीयू से डिस्चार्ज बच्चों की लाईनलिस्ट व उनके फॉलोअप की ऐन्ट्री की जानी है।

NATIONAL HEALTH MISSION

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

National Health Mission, Madhya Pradesh