

# एएएम प्रशिक्षण के दौरान उपयोग हेतु आर.सी.एच. पोर्टल- ट्रेकिंग प्रपत्र



जिला - ..... विकासखंड- ..... प्रा./सा.स्वा.के.- .....  
उप.स्वा.केन्द्र- 1 ..... ग्राम- .....

आर.सी.एच पोर्टल आई डी क्रमांक [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] आर.सी.एच रजिस्टर में लक्ष्यदंपति क्रम संख्या [ ] [ ] [ ] [ ]

स्वास्थ्य कार्यकर्ता का नाम ..... आशा कार्यकर्ता का नाम .....

महिला का नाम ..... पति का नाम .....

महिला का एमसीटीएस आईडी क्रमांक 2 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] समग्र आई.डी. 3 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

आधार नंबर महिला 4 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] बैंक खाता क्र. 5 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

बैंक शाखा का नाम ..... ब्रांच का नाम ..... आईएफएससी कोड .....

आधार नंबर पति [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] बैंक खाता क्र. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

बैंक शाखा का नाम ..... ब्रांच का नाम ..... आईएफएससी कोड .....

मोबाईल नंबर (स्वयं/पति/रिश्तेदार/पड़ोसी/अन्य/लागू नहीं) 6 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] पंजीकरण दिनांक 7 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] वित्तीय वर्ष [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

महिला की वर्तमान आयु [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] महिला की विवाह के समय आयु [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] पति की वर्तमान आयु [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] पति की विवाह के समय आयु [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

पता- 8 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] धर्म- हिन्दू  / मुस्लिम  / सिख  / ईसाई  / अन्य

वर्ग - अनुसूचित जाति  / अनुसूचित जनजाति  / अन्य  गरीबी रेखा विवरण - ए.पी.एल.  / बी.पी.एल.  / पता नहीं

कुल जन्में बच्चों की संख्या- बालक [ ] [ ] एवं बालिका [ ] [ ] वर्तमान में जीवित संतानों की संख्या- बालक [ ] [ ] + बालिका [ ] [ ]

सबसे छोटे जीवित बच्चे की आयु वर्ष [ ] [ ] माह [ ] [ ] , सबसे छोटे बच्चे का लिंग - महिला / पुरुष [ ] [ ] बांझ(निःसंतान दंपति) - हां  / नहीं

गर्भ निरोधक साधनों का प्रयोग 11  भेंट दिनांक [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] साधन 13 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

14 अप्रैल मई जून जुलाई अगस्त सितंबर अक्टूबर नवम्बर दिसंबर जनवरी फरवरी मार्च

गर्भावस्था जांच (प्रेगनेसी टेस्ट) किया :- हां  / नहीं  , प्रेगनेसी टेस्ट परिणाम :- + पॉजिटिव  / - नेगेटिव

जननी सुरक्षा हितग्राही हां  / नहीं  , # जेएसवाय भुगतान हुआ हां  / नहीं

अंतिम मासिक धर्म के अवधि का दिनांक(LMP) 16 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] , पंजीकरण दिनांक 17 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] , पंजीकरण के समय गर्भावस्था (हफ्तों में) 18 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

12 सप्ताह से कम में पंजीकृत हां  / नहीं  महिला का वजन (कि०ग्रा०) 20 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] प्रसव का अनुमानित दिनांक. 21 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ब्लड ग्रुप [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

पूर्व में हुई बीमारी का विवरण- (क) टी.बी. (ख) मधुमेह (ग) उच्च रक्तचाप (घ) हृदय रोग (ङ) मिर्गी (च) दौरे आना (च) आर.टी.आई./एस.टी.आई. 22 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(छ) एचआईवी/एड (ज) हेपेटाइटिस-बी (झ) दमा (ञ) अन्य विवरण दें 23 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

कुल गर्भावस्थाओं की संख्या (पारा)- 24 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] , पूर्व दो गर्भावस्थाओं का विवरण:- जटिलता 1 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] , गर्भावस्था परिणाम [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

वर्तमान प्रसव हेतु चिन्हांकित संस्था का प्रकार - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] संस्था का नाम - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

वीडीआरएल जांच- पॉजिटिव  / निगेटिव  / नहीं किया  , एचआईवी जांच- दिनांक [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] / निगेटिव  / नहीं किया

ए.एन.सी. (ANC) जांच भेंट विवरण :- 25 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

जांच दिनांक	संस्था का नाम जहां जांच की गई	गर्भावस्था अवधि हफ्तों में	गर्भापात यदि हुआ तो विवरण स्वतः/प्रेरित हफ्तों की संख्या संस्था शास/आशा.	वजन (कि.ग्रा.)	बी.पी. (सिस्टो. डाय.)	एच.बी. (ग्राम%)	यूरिन जांच (+/-/नहीं किया) एल्ब्यूमिन शुगर	रक्त शुगर जांच (+/-/नहीं किया) खाली पेट खाने के बाद	टी.टी. का दिनांक (टी.टी. 1 टी.टी. 2/पूछर	फोलिक एसिड गोलियों की संख्या	आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात)	कैल्शियम गोलियों की संख्या
ANC -1												
ANC -2												
ANC -3												
ANC -4												

एलबी/आर्मांत गोलियों की संख्या	फण्डस की ऊंचाई/ गर्भाशय का विस्तार	गर्भस्थ बच्चों की हृदय धड़कन(प्रति.मिन्ट)	श्रुण की स्थिती/ गर्भस्थिति	श्रुण की गतिविधि बढ़ी/कम/सामान्य	अति खतरे वाले लक्षण यदि हो 3	यदि रेफर किया गया तो दिनांक प्रकार संस्था का नाम	इस प्रसवोत्तर पश्चात कौन सा गर्भनिरोधक उपाय का प्रयोग करेंगे	गारु मुसु हां/ यदि हां तो -मुसु दिनांक/स्थान/संभावित कारण
ANC -1								
ANC -2								
ANC -3								
ANC -4								

(1)\* जटिलताएँ - 1.दौरे आना,2.एपीएच,3.पी.आई.एच,4.बार-बार गर्भापात की आवृत्ति,5.मृत जन्म,6.जन्मजात विसंगतता,7.सीजेरियन,8.रक्तधान,9.जुडवा बच्चे,10.अवरुद्ध प्रसव,11.पीपीएच,12.अन्य विवरण दें,13.कोई नहीं (2)\* प्रसव परिणाम - जीवित जन्म/गर्भापात/मृतजन्म (3)\* अति खतरे के लक्षण- 1.उच्चरक्तचाप 2.दौरे 3.योनिरेक्तस्राव 4.दुर्गन्धयुक्त स्राव 5.अतिरक्ताल्पता 6.मधुमेह 7.जुडवा बच्चे 8.अन्य विवरण दें 9. कोई नहीं # प्रसव के उपरंत भुगतान किया जावेगा ## गर्भ निरोधक साधन(क) तिरोध (ख) गर्भ निरोधक गोलियां (ग) आई.यू.सी.डी. 380ए (10 साल) (घ) आई.यू.सी.डी. (5 साल)(ङ) महिला नसबंदी (च) पुरुष नसबंदी (छ) आपातकालीन गर्भनिरोधक गोलियां (ज) कोई नहीं(झ) अन्य (विवरण दें)

**प्रसव परिणाम :-**

प्रसव का दिनांक , समय  घंटे  मिनट, प्रसव स्थान -

प्रसव किसने कराया , प्रसव का प्रकार , जटिलताएँ <sup>3</sup>

प्रसव का परिणाम- जीवित शिशु / मृत शिशु , शिशु का लिंग :- (1) लडका  / लडकी , (2) लडका  / लडकी

संस्थागत प्रसव के मामलों में छुट्टी का दिनांक , समय  घंटे

शिशु जन्म - पूर्णकाल / समय से पहले , यदि समय से पहले तो माता को इंजे.कार्टिकोस्टेरोइड दिया- हां / नहीं /पता नहीं /लागू नहीं

नवजात <sup>33</sup> जन्म के तुरंत बाद रोया हां / नहीं , शिशु को रेफर किया -हां / नहीं /लागू नहीं

कोई जन्मजात विकृति <sup>4</sup> - , जन्म के समय वजन , जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान शुरू किया गया हां / नहीं

जन्म के समय टीकाकरण (दिनांक)- ओ.पी.व्ही.  बी.सी.जी.\*  हेपेटाईटिस बी  इंजे.विटा.के.

**प्रसवोत्तर माता एवं शिशु देखरेख -**

भेंट	प्रसवोत्तर भेंट दिनांक	माता को दी गई आईएफएर गोखियों की संख्या	कैल्शियम गोखियों की संख्या	खतरे के लक्षणों को इंगित करें, यदि कोई हो		शिशु का वजन कि.ग्रा.	यदि खतरे वाले लक्षण पाये जाते हैं तो रेफरल संस्था का नाम स्थान		प्रसवोत्तर गर्भनिरोधक उपयोग किये जा रहे साधन का नाम	शिशु मृत्यु		मातृ-मृत्यु		मृत्यु स्थान (घर/ अस्पताल / रास्ते में)	टिप्पणी यदि कोई हो
				माता	शिशु		माता <sup>5</sup>	शिशु <sup>6</sup>		कारण	दिनांक	कारण	दिनांक		
1 रा दिन															
3 रा दिन															
7 वॉ दिन															
14वॉ दिन															
21वॉ दिन															
28वॉ दिन															
42वॉ दिन															

शिशु का नाम -  शिशु का एमसीटीएस/आरसीएच आई क्र.

शिशु पंजीकरण दिनांक  शिशु का आधार नंबर-

टीकाकरण दिनांक लिखे- बी.सी.जी. \*\*

ओ.पी.व्ही.-1.  पेंटावैलेन्ट-1.  ओ.पी.व्ही.-2.  पेंटावैलेन्ट-2.

ओ.पी.व्ही.-3.  पेंटावैलेन्ट-3.  आई.पी.व्ही.

मीजल्स प्रथम खुराक-  विटामिन ए पहली खुराक-  पूर्ण टीकाकरण बारह माह की उम्र तक <sup>35</sup> हां  / नहीं

ओ.पी.व्ही बूस्टर-  डीपीटी बूस्टर 1-  मीजल्स दूसरी खुराक-  विटामिन ए दूसरी खुराक-

2 Year तक सारे टीके टीकाकरण सारणी के अनुसार लगे - हां  / नहीं  <sup>36</sup>

विटामिन ए (तीसरी से नौवीं खुराक का दिनांक) तीसरी-  चौथी-  पाँचवीं-  छठवीं-

सातवीं-  आठवीं-  नौवीं-  डी.पी.टी. बूस्टर 2 -

टीकाकरण के पश्चात प्रतिकूल परिणाम (AEFI) यदि कोई हो तो - गंभीर / गैर गंभीर  टीके का विवरण जिससे यदि आईएफआई हुआ-

शिशु प्रकरण को बंद करने का कारण - शिशु बाहर चला गया / मृत्यु  (मृत्यु तिथि/स्थान/संभावित कारण लिखें)  <sup>37</sup>

अन्य कोई टिप्पणी -  <sup>38</sup>  <sup>39</sup>

क्या सिर्फ स्तनपान जन्म के छह माह तक दिया गया  हां  / नहीं , क्या छह माह के पश्चात अतिरिक्त भोजन खिलाना प्रारंभ किया गया- हां  /नहीं

यदि नहीं तो शिशु की क्या उम्र थी जब भोजन खिलाना शुरू किया गया  <sup>40</sup>

शिशु के नौ माह से बारह माह की आयु में मीजल्स की पहली खुराक <sup>41</sup> के समय दी जाने वाली अन्य सेवाओं का विवरण :-भेंट दिनांक-

शिशु का वजन-  दस्त-हां /नहीं , यदि हां तो ओ.आर.एस./जिंक दिया- हां /नहीं

निमोनिया- हां /नहीं  यदि हां तो एंटीबायोटिक दिया-हां /नहीं

शिशु के सोलह से चौबीस माह की आयु में बूस्टर टीके <sup>42</sup> के समय दी जाने वाली अन्य सेवाओं का विवरण :-भेंट दिनांक-

शिशु का <sup>43</sup>  दस्त <sup>44</sup> /नहीं , यदि हां तो ओ.आर.एस./जिंक दिया- हां /नहीं

निमोनिया- हां /नहीं , यदि हां तो एंटीबायोटिक दिया- हां /नहीं  अन्य कोई टिप्पणी -

स्वास्थ्य कार्यकर्ता के हस्ताक्षर

(3)\* प्रसव के समय जटिलताएँ- 1.पीपीएच 2.अर्वाक का बाहर न आना 3. बाधित प्रसव 4.ग्रह गर्भनाल 5. जुड़वा बच्चे 6. झटके आना 7. मृत्यु 8. अन्य विवरण दें।  
 (4)\* जन्मजात विकृति-(क) क्लेफ्ट लिप/पेलेट (ख) न्यूरल ट्यूब डिफेक्ट (ग) क्लब फूट (घ) हाइड्रोसिफलस (ङ) इम्परफोरेट एनस (च)डाउन्स सिंड्रोम (छ)अन्य (विवरण दें) (ज) कोई नहीं  
 (5)\* माता के खतरे के लक्षण- 1.पीपीएच 2.बुखार 3.सोसिस 4. तेज पेट दर्द 5. तेज सिरदर्द या देखने में कठिनाई 6. सांस लेने में तकलीफ 7. बुखार/काकपी 8. अन्य विवरण दें 9. कोई नहीं  
 (6)\* शिशु के खतरे के लक्षण- 1.पीलिया 2. दस्त 3.उल्टी 4.बुखार 5.होईपोथर्मिया 6.सौरे आना 7तेज छाती चलना 8. दुग्धपान में तकलीफ/चूसने में असमर्थता/हलचल में कमी 9. कोई नहीं  
 \* यदि जन्म के समय बी.सी.जी. दिया गया हो तो \*\* यदि जन्म के समय बी.सी.जी. न दिया गया हो तो



**स्वास्थ्य कार्यकर्ता हेतु आर.सी.एच. पोर्टल पंजीकरण प्रपत्र  
को भरने संबंधी दिशा निर्देश**



1	महिला का आरसीएच पोर्टल आईडी नं	उक्त आई डी क्रमांक कम्प्यूटर जेनरेटेड 12 अंको का होगा जो आरसीएच पोर्टल पर पंजीकरण के पश्चात प्राप्त होगा। यह नंबर महिला की संपूर्ण प्रजनन काल (49वर्ष तक की आयु) एक ही रहेगा।
2	महिला का एमसीटीएस आईडी नं.	यदि गर्भवती महिला पूर्व से एमसीटीएस में पंजीकृत है तो अन्यथा निरंक रखे
3	महिला की समग्र आईडी	प्रदेश के समस्त परिवारों के प्रत्येक सदस्य का समग्र पोर्टल पर पंजीकरण किया गया है। यह आईडी 9 अंको की होगी यह उनके राशन दुकान पात्रता पर्ची से प्राप्त की जा सकती है।
4	आधार नंबर महिला	पंजीकरण के समय महिला से उसका एवं उसके पति का आधार कार्ड लाने परामर्श दिया जावे। आधार नंबर 12 अंको होता है जो आधार कार्ड पर बड़े-बड़े अक्षरों में लिखा होता है जैसे
5	खाता क्रमांक बैंक का नाम और शाखा का नाम आईएफएससी कोड	पंजीकरण के समय महिला से उसका एवं उसके पति के बैंक पासबुक /कियोस्क बैंक पर्ची लाने अनुरोध किया जावे। यह समस्त जानकारी बैंक पास बुक से प्राप्त की जा सकती है।
6	पति/महिला/अन्य विवरण दें का मोबाईल 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। <b>मोबाईल नम्बर लिखना आवश्यक है।</b>
7	पंजीकरण दिनांक	स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा <b>दंपत्ति</b> को किस दिनांक को अपने रजिस्टर में इद्राज किया गया दर्ज करे।
8	पता	दंपत्ति का पूर्ण पता दर्ज करे जैसे- आ.बा.केन्द्र क्र 2 के पास, ग्राम-नोहटा, तह.जबेरा जिला दमोह
9	कुल जन्मे बच्चों की संख्या	दंपत्ति ने अपने जीवनकाल में कितने बच्चों को जन्म दिया का विवरण दर्ज करें। इसमें जीवित जन्म व मृत जन्म को शामिल करे। कुल जन्मों की संख्या बालक व बालिका लिखे। जैसे इस पंजीयन के पूर्व महिला के दो बच्चे है एक बालक एवं एक बालिका तो 1 बालिका व 1 बालिका दर्ज करे। यदि इस गर्भावस्था पंजीयन के पूर्व कोई बच्चा नहीं जन्मा तो 0 दर्ज करें।
10	वर्तमान में जीवित संतानों की संख्या	रजिस्ट्रेशन दिनांक को महिला के जीवित संतानों की संख्या बालक व बालिका लिखे
11	सबसे छोटे बच्चे की आयु	महिला के सबसे छोटे जीवित शिशु की आयु वर्ष व माह में लिखें जैसे- 2वर्ष 10 माह
12	सबसे छोटे बच्चे का लिंग	महिला के सबसे छोटे जीवित शिशु का लिंग महिला / पुरुष में से एक विकल्प (✓) चिन्हित करें
13	नि:संतान दंपत्ति	यदि दंपत्ति नि:संतान है तो हाँ अन्यथा नहीं विकल्प चुने। यदि दंपत्ति विगत एक वर्ष से परिवार नियोजन का कोई साधन उपयोग नहीं कर रहे एवं प्रयासों के उपरांत भी संतान उत्पत्ति नहीं हो रही है तो दंपत्ति को बांझ मानते हुये उच्च संस्थान को रेफर किया जाना है।
14	गर्भनिरोधक साधनों का उपयोग	प्रत्येक भ्रमण के पश्चात् भ्रमण की दिनांक (dd/mm/yyyy) लिखे और योग्य दम्पति से पूछे कि वह परिवार नियोजन का कौन सा साधन इस्तेमाल कर रहे 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) (e) कोई नहीं (f) अन्य साधन का नाम शब्दों में लिखें
15	गर्भावस्था की जाँच (प्रेगनेंसी टेस्ट) (+/-/ नहीं की गयी) एवं परिणाम	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 प्रेगनेंसी टेस्ट किया हाँ / नहीं दर्ज करे तथा उसका परिणाम (+ve/-ve) लिखें।
16	LMP की दिनांक	गर्भवती महिला की आखिरी माहवारी के प्रथम दिन की तिथि (dd/mm/yyyy) लिखें। (अनुसूची में रेडीरेकनर का प्रयोग करें।)
17	पंजीकरण की तिथि	जब इस रजिस्टर में आपके द्वारा <b>गर्भवती महिला</b> का पंजीयन किया गया है और गर्भवती महिला का विवरण प्रथम बार अंकित किया गया है, वह दिनांक (dd/mm/yyyy) लिखें।
18	पंजीयन के समय गर्भावस्था के सप्ताह की संख्या	LMP की तिथी के अनुसार पंजीकरण के समय गर्भावस्था के पूर्ण हुए सप्ताह की गणना करें। उदाहरण :- यदि LMP का प्रथम दिन 15.05.2016 था तो वह 07.08.2016 को 12 सप्ताह पूर्ण कर चुकी होगी। यदि वह गर्भवती महिला अपना पंजीयन 19/08/2016 को कराती है (यानी LMP के अनुसार गर्भावस्था के 14वें सप्ताह में) तो इस कॉलम में 14 सप्ताह लिखें।
19	गर्भावस्था के 12 सप्ताह में पंजीकरण हुआ। हाँ/नहीं	यदि गर्भवती महिला गर्भावस्था के 12 सप्ताह में और इसके पूर्व पंजीकृत होती है तो 'हाँ' यदि पंजीकरण के समय गर्भावस्था के 12 सप्ताह पूर्ण हो चुके है तो 'नहीं' लिखें
20	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन	पंजीकरण के समय गर्भवती महिला का वजन लेना है और कि.ग्रा. में लिखना है।
21	प्रसव का अनुमानित दिनांक (EDD)	प्रसव की अनुमानित दिनांक (EDD) लिखें। <b>रेडी रेकनर केलेण्डर अनुसार</b> उदाहरण- यदि LMP के प्रथम दिन 10/07/2015 है, तब उसकी (EDD) संदर्भित केलेण्डर से 16/04/2016 होगी।
22	पूर्व में हुई बीमारियों का विवरण	यदि गर्भवती महिला कोई सामान्य बीमारी से ग्रसित है पूछें, इस कॉलम में उपर्युक्त विकल्प लिखें। यदि एक से ज्यादा सामान्य बीमारी है तो सभी बीमारियों के बारे में लिखें <b>यदि गर्भवती महिला एचआईवी पॉजिटिव है इस कालम में एचआईवी 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।</b>

23	प्रेगनेसी (गर्भावस्थाओं) की कुल संख्या(पारा)	गर्भवती महिला से पूछो, कि वह हाल ही में/ वर्तमान प्रेगनेसी से पहले कितनी बार गर्भवती हुई है तथा तदनुसार लिखना है। यदि वह पहली बार प्रिगनेन्ट हुई है तो <b>लागू नहीं</b> लिखें। वह वर्तमान गर्भावस्था से पहले केवल एक बार गर्भवती थी तो केवल एक ही अतीत गर्भावस्था का विवरण लिखें। <b>उदाहरण</b> : वह वर्तमान गर्भावस्था से पहले तीन बार गर्भवती थी, तो '3' लिखें।
24	गत दो गर्भधारण का विवरण जटिलतायें व प्रसव परिणाम	पिछली 2 गर्भधारण के दौरान उसे कोई जटिलता हुई है, पूछना है। सभी गर्भधारण के दौरान हुई सभी जटिलताओं को अलग-अलग लिखें। जैसे- : (1) ऐंठन (2) एपीए प्रत्येक प्रसव (गत से गत) का परिणाम अलग-अलग लिखें। (1) जीवित जन्म (2) गर्भपात (3) मृतजन्म
25	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 की तारीख (दिन/माह/वर्ष) भी अंकित करें यदि रिपोर्ट पॉजिटिव आती है तो रजिस्टर में +Ve अंकित नहीं इसके स्थान पर <b>'हाई रिस्क प्रेगनेंसी'</b> अंकित करें तथा गर्भवती महिला को रिपोर्ट सुनिश्चित करने हेतु आईसीटीसी केन्द्र पर रेफर करें। यदि एचआईवी की जांच नहीं करवाई गई है तो <b>'जांच नहीं करवाई'</b> अंकित करें।
26	गर्भावस्था के सप्ताह के दिनों की संख्या	संबंधित प्रसवपूर्व जांच के समय तक पूर्ण की जा चुके गर्भावस्था के सप्ताहों की संख्या अंकित करें।
27	फण्ड्स/पेट की जाँच भ्रूण की गतिविधि (सामान्य/बढ़ी हुई/कम/अनुपस्थित) व फण्ड्स की उँचाई/गर्भाशय का विस्तार	गर्भावस्था 12 सप्ताह पूर्ण करने के उपरान्त पेट की जाँच की जाए:- गर्भवती महिला से भ्रूण के हिलने-डुलने के बारे में पूछा जावे। (सामान्य/बढ़ी हुई/कम/अनुपस्थित) गर्भावस्था के पूर्ण किये गये सप्ताहों को ध्यान में रखते हुए गर्भाशय की अनुमानित साइज अंकित करें। <b>उदाहरण:-</b> फण्डल की उँचाई लिखें जैसे 14 सप्ताह, 24 सप्ताह और 32 सप्ताह।
28	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।
29	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 लें। सामान्य स्थिति में पूर्ण विकसित भ्रूण लॉन्गिट्यूडिनल अथवा सिपेलिक स्थिति में होगा तथा अन्य स्थिति में भ्रूण असामान्य
30	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 महिला पहले मल्टीग्राविडा में और बाद में प्राईमीग्राविडा में महसूस करती है। उसे भ्रूण के अच्छे संकेत मिल रहे हैं। भ्रूण की हलचल प्रकृति में व्यक्तिपरक है और कोई बेन्चमार्क नहीं है, इसलिए मां से भ्रूण की हलचल के बारे में पूछें (सामान्य/बढ़ा हुआ/घटा हुआ/अनुपलब्ध), और उसी के अनुसार उसका जवाब लिखें।
31	यदि अति खतरे वाले लक्षण हो तो कृपया इंगित करें।	गर्भवती महिला में अति खतरे के लक्षण प्रतीत होते हैं तो उल्लेख करें तथा हाई रिस्क प्रेगनेंसी अंकित करें।
32	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 प्रयोग किया जा सकता है।
33	पूर्णकाल/अपरिपक्व ¼समय से पहले) अपरिपक्व प्रसव हुआ है अर्थात् 24 सप्ताह से अधिक एवं 34 सप्ताह से कम है तो माता को कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन दिया (हां/नहीं/लागू नहीं)	बच्चा पूर्ण काल में हुआ है अथवा अपरिपक्व यह अंकित करें। 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 चेक करेगी कि महिला को प्री-टर्म लेबर के दौरान कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन दिया अथवा नहीं। तदनुसार हां/नहीं/मालूम नहीं अंकित करें।
34	जन्म के समय कोई विकार दिखें	कोई भी जन्म विकार की जांच करें। - (क) कटे हुये होठ/तालू (ख) न्यूरल ट्यूब दोष
35	12 महीने 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। =BCG+OPV 1,2,3+Pentavalent 1,2,3 +Measles1 उपरोक्त परिभाषा के अनुसार यदि बच्चा पूर्ण टीकाकृत नहीं है तो 'नहीं' लिखें।
36	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 तो हाँ लिखें। :2 वर्ष की उम्र तक पूर्ण टीकाकृत बच्चा=राष्ट्रीय टीकाकरण सारणी के अनुसार <b>12 माह के समस्त टीके +OPV Booster + DTP Booster 1+ Measles 2</b> लग चुके हो।
37	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 कारण- एक्सपिक्विसिया, जन्म के समय कम वजन, बुखार, डायरिया, निमोनिया, अन्य कोई (विवरण दें) इसके अलावा मृत्यु का स्थान भी लिखें (घर /अस्पताल/ अस्पताल ले जाते समय रास्ते में)
38	क्या जन्म से लेकर 6 माह तक केवल स्तनपान करवाया(हाँ/नहीं)	जब बच्चा मीजल्स व विटामिन ए की प्रथम खुराक (9 ये 12 माह) के लिये आए तो माता से पूछें कि क्या बच्चे ने 6 माह तक स्तनपान किया है उसी के अनुसार जवाब हाँ या नहीं में लिखें।
39	6 माह बाद स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प प्रारम्भ किया(हाँ/नहीं)	ठीक उसी दिन माता से पूछें कि 6 माह बाद स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प प्रारम्भ किया (हाँ/नहीं) जवाब के अनुसार हाँ या नहीं लिखें।
40	यदि नहीं है, तो किस उम्र से (माह) स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प काम लिया था।	यदि उनका जवाब नहीं है तो माता से पूछें कि किस उम्र से (माह) स्तनपान के अतिरिक्त अन्य विकल्प काम लिया था। बच्चे की उम्र माह में लिखें।
41	डायरिया/दस्त(हाँ/नहीं)	यदि विजिट के पिछले 15 दिन से क्या बच्चे का डायरिया(दस्त)हुआ है तो तदनुसार हाँ/नहीं लिखें।
42	यदि हाँ,तो ओआरएस दिया (हाँ/नहीं)	यदि डायरिया हुआ तो माता से पूछें क्या बच्चे को ओआरएस का घोल दिया गया था तो तदनुसार हाँ/नहीं लिखें। नोट:-यदि माता को इसकी जानकारी नहीं है या मालूम नहीं है तो "पता नहीं" लिखें।
43	निमोनिया (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 तदनुसार 'हाँ/नहीं' लिखें।
44	यदि हाँ, एन्टिबायोटिक दी गई(हाँ/नहीं/पता नहीं)	यदि बच्चे को निमोनिया की शिकायत है तो माता से पूछें क्या बच्चे को बीमारी के दौरान एन्टिबायोटिक दी गई (ट्रीटमेंट कार्ड या रेफरल पर्ची को जाँचकर) तदनुसार हाँ/नहीं लिखें।