

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 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- पाजिटिव / 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 इप्तों 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/पूस्टर	फोलिक एसिड गोलियों की संख्या	आई.एफ.ए. गोलियों की संख्या (12 हफ्तों के पश्चात)	कैल्शियम गोलियों की संख्या
ANC -1		26										
ANC -2												
ANC -3												
ANC -4												

एलबी/बायोमेट 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	27	28	29	30	31		32	
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.योनिसे रक्तस्राव 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 ³

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

कोई जन्मजात विकृति ⁴ - , 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 ⁵	शिशु ⁶		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 ³⁵ 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 ³⁶

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) ³⁷

अन्य कोई टिप्पणी - ³⁸ ³⁹

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 ⁴⁰

शिशु के नौ माह से बारह माह की आयु में मीजल्स की पहली खुराक ⁴¹ 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 ⁴² के समय दी जाने वाली अन्य सेवाओं का विवरण :-भेंट दिनांक-

शिशु का ⁴³ दस्त ⁴⁴ /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.ग्रस 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 फुट (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