



राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन मध्यप्रदेश

8, अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल

क्र./एन.एच.एम./शिशु स्वास्थ्य/2020/6777

भोपाल, दिनांक 23/05/2020

प्रति,

1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला-भोपाल, होशंगाबाद, राजगढ़, सीहोर, हरदा, बैतूल, विदिशा, उज्जैन, शाजापुर, आंगर,
रतलाम, मंदसौर, नीमच, देवास, इन्दौर, धार, अलिराजपुर, झाबुआ, बड़वानी, खण्डवा,
खरगौन, जबलपुर, मण्डला, सिवनी, नरसिंहपुर, छिंदवाड़ा, डिण्डोरी, कटनी, रीवा, अनूपपुर,
उमरिया, शहडोल, सतना, सीधी, सागर, दमोह, पन्ना, ग्वालियर, भिण्ड, अशोकनगर, मुरैना,
श्यापुर, शिवपुरी एवं गुना, मध्यप्रदेश
2. अधीक्षक,
सुल्तानिया जनाना अस्पताल, भोपाल मध्यप्रदेश

विषय:-एन.बी.एस.यू. के सुचारु संचालन हेतु दिशा-निर्देश।

-00-

(शिशु स्वास्थ्य वर्ष 2020-21)

सिविल अस्पताल एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में कम वजन एवं बीमार नवजात शिशुओं के उपचार हेतु एन.बी.एस.यू. (नवजात शिशु स्थिरीकरण इकाई) स्थापित की गई है। प्रत्येक नवजात शिशु स्थिरीकरण इकाई के संचालन हेतु वर्ष 2020-21 की कार्ययोजना में गतिविधि क्रमांक 1.3.1.2 (NBSU) में प्रति इकाई राशि रुपये 1.75 लाख स्वीकृत हैं।

एन.बी.एस.यू. संचालन एवं प्रबंधन समिति-

एन.बी.एस.यू. रनिंग कॉस्ट के उपयोग हेतु एन.बी.एस.यू. संचालन समिति का गठन किया जाये। समिति का प्रारूप निम्नानुसार होगा -

1. अध्यक्ष- खण्ड चिकित्सा अधिकारी/अधीक्षक/संस्था प्रभारी
2. संयोजक- एन.बी.एस.यू. प्रभारी चिकित्सक
3. सदस्य-एन.बी.एस.यू. प्रभारी स्टाफ नर्स, लेखापाल/ब्लॉक अकाउंट मेनेजर/स्टोर कीपर
 - एन.बी.एस.यू. रनिंग कॉस्ट का उपयोग समिति की स्वीकृति के उपरांत ही किया जाये। इस हेतु अनिवार्य रूप से प्रतिमाह बैठक आयोजित की जाये, आवश्यकता होने पर एक से अधिक बार बैठक की जा सकेगी। बैठक का कार्यवाही विवरण नियमित रूप से प्रतिमाह राज्य स्तर पर मासिक रिपोर्ट के साथ उप संचालक शिशु स्वास्थ्य के साथ साझा किया जाये।
 - रनिंग कॉस्ट व्यय पत्रक प्रतिमाह एन.बी.एस.यू. संचालन समिति के सत्यापन उपरांत मासिक रिपोर्ट के साथ अनिवार्यतः राज्य स्तर पर भेजने की जिम्मेदारी समिति अध्यक्ष की होगी। (संलग्न-रनिंग कॉस्ट व्यय पत्रक)
 - रनिंग कॉस्ट का उपयोग निम्न गतिविधियों हेतु किया जाये -
 1. एन.बी.एस.यू. हेतु उपयोग किये जाने वाले जम्बो ऑक्सीजन सिलेण्डर की रिफिलिंग के भुगतान हेतु (ऑक्सीजन सिलेण्डर का भुगतान सिर्फ एन.बी.एस.यू. में उपयोग में लाई जाने वाली ऑक्सीजन हेतु ऑक्सीजन लॉगबुक मिलान एवं एन.बी.एस.यू. प्रभारी चिकित्सक तथा प्रभारी स्टाफ नर्स द्वारा सत्यापन उपरांत ही किया जा सकेगा)। (संलग्न ऑक्सीजन लॉगबुक प्रपत्र)

2. अग्निशमन यंत्र की रिफिलिंग।
 3. एन.बी.एस.यू. उपकरणों की ए.एम.सी. का भुगतान (जो राज्य स्तर द्वारा ए.एम.सी. में सम्मिलित नहीं किये गये हैं)। उपकरणों की क्रियाशीलता को प्रभावित करने वाली सामग्री जैसे कि, वार्मर प्रोब्स, ह्यूमिडिफायर, पल्स ऑक्सीमीटर प्रोब इत्यादि का उपार्जन
 4. सफाई कर्मचारी - एक वार्ड बॉय, एक आया का मानदेय (सफाई कर्मचारी का मानदेय सिर्फ एन.बी.एस.यू. में कार्य करने वाले सपोर्ट स्टाफ हेतु एन.बी.एस.यू. प्रभारी चिकित्सक तथा प्रभारी स्टाफ नर्स द्वारा उपस्थिति सत्यापन उपरांत ही किया जा सकेगा)
 5. आवश्यक सिविल कार्य (एन.बी.एस.यू. की एल्युमिनियम पार्टीशन की मरम्मत, वॉश बेसिन/नल की मरम्मत एवं इलेक्ट्रिक कार्य जैसे खराब सीलिंग लाइट, पंखे, ए.सी., खराब साइनेजेस, कॉल बेल का भुगतान इत्यादि) जिले में पदस्थ सब इंजीनियर से आंकलन (एस्टीमेट) प्राप्त कर करायें।
 6. इकाई में प्रत्येक वॉश बेसिन में एल्बो टेप सुनिश्चित करें। हाथ धोने की समयावधि सुनिश्चित करने के लिये आसानी से देखे जाने वाले स्थान पर सेकेण्ड आर्म वाली घड़ी उपलब्ध करायें।
 7. गाउन-(स्टाफ नर्स हेतु-गुलाबी रंग के 6 गाउन, चिकित्सकों हेतु हल्के नीले रंग के 03 गाउन एवं सपोर्ट स्टाफ हेतु केमल कलर के 04 गाउन) अनिवार्य रूप से उपलब्ध करायें जाये। एन.बी.एस.यू. का लोगो अनिवार्यतः प्रदर्शित हो।
 8. ऑक्सीजन मैनीफोल्ड एवं कन्ट्रोल पैनल की मरम्मत एवं ऑक्सीजन लाईन/पॉइन्ट की मरम्मत।
 9. इकाई की साफ-सफाई हेतु आवश्यक सामग्री (डिस्इन्फेक्टेन्ट-ग्लूटरलिडहाईड, लाईसॉल, आईसोप्रोपाईल एल्कोहल, हैण्ड रब, बेसिलोसिड, लिक्विड सॉप, मॉप, 3 बकेट ट्रॉली इत्यादि), संस्था स्तर से सफाई सामग्री नियमित रूप से प्राप्त न होने की स्थिति में।
 10. प्रत्येक रेडियेन्ट वार्मर पर हैन्ड रब, नियोनेटल स्टेथोस्कोप, इंच टेप, स्वाब रखने हेतु स्टील के कंटेनर (ढक्कन सहित), थर्मामीटर एवं एडेसिव टेप की उपलब्धता अनिवार्य रूप से सुनिश्चित करें। खराब अथवा अक्रियाशील एवं बड़े डायफ्राम वाले स्टेथोस्कोप इकाई में न रखें।
 11. फीडिंग हेतु 50 मि.ली. स्टील कन्टेनर (ढक्कन सहित), कटोरी चम्मच एवं पलड़ी इत्यादि।
 12. Mosquito Repellent, फलाई केचर्स, सीलिंग एल.ई.डी. लाईट पेनल, फोटोथेरेपी लाईट, ऑफिस सामग्री एवं स्टेशनरी इत्यादि का क्रय।
 13. एन.बी.एस.यू. के सुचारु संचालन हेतु अन्य कोई भी आवश्यक कार्य, एन.बी.एस.यू. संचालन समिति द्वारा स्वीकृति पश्चात् किया जा सकेगा।
- रनिंग कॉस्ट का उपयोग निम्न कार्य हेतु न किया जाये -
 1. दवाईयों एवं सामग्री का क्रय
 2. बिजली का बिल भरने हेतु
 3. नवजात शिशुओं की बेबी ड्रेस क्रय करने
 4. नवजात शिशुओं के जाँच संबंधी व्यय
 5. अतिरिक्त मानव संसाधन की नियुक्ति एवं भुगतान

जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को प्राप्त होने वाले राज्य औषधि बजट एवं निःशुल्क औषधि मद से एन.बी.एस.यू. हेतु दवाईयों का क्रय किया जाये।

एन.बी.एस.यू. में भर्ती के नियम -

- एन.बी.एस.यू. में भर्ती होने वाले समस्त नवजात शिशुओं का एफ.बी.एन.सी. प्रोटोकॉल अनुसार उपचार प्रदान किया जाये -
 - ❖ 1800 ग्राम या उससे अधिक वजन वाले बच्चे, जिनमें कोई जटिलता नहीं है का प्रबंधन।
 - ❖ पीलिया ग्रसित नवजात का फोटोथेरेपी द्वारा प्रबंधन।
 - ❖ नवजात शिशुओं में संक्रमण का प्रबंधन।
 - ❖ अति कम वजन एवं बीमार नवजात शिशुओं का स्थिरीकरण उपरांत एस.एन.सी.यू. में रेफर करना।
 - ❖ टीकाकरण-ज़ीरो डोज़ पोलियो, हेपेटाइटिस-बी एवं बी.सी.जी. का टीका जन्म के तत्काल बाद दिया जाये एवं एम.सी.पी. कार्ड में दर्ज किया जाये।

नोट- एन.बी.एस.यू. के सुचारु संचालन हेतु प्रत्येक शिफ्ट में स्टाफ नर्स/ए.एन.एम. की ड्यूटी लगाई जाये।

- गंभीर रूप से बीमार नवजात शिशु को प्राथमिक उपचार प्रदान कर स्टेबिलाइजेशन पश्चात् निःशुल्क परिवहन उपलब्ध कर एस.एन.सी.यू. में रेफर (वार्म ट्रांसपोर्ट) किया जाये। रेफर करने के पूर्व उच्च स्वास्थ्य संस्था पर संवाद स्थापित कर रेफर किये जा रहे शिशु के बारे में जानकारी दें।
- एन.बी.एस.यू. स्टाफ द्वारा स्वास्थ्य केन्द्र में जन्में, ओ.पी.डी. एवं फॉलोअप जाँच के लिये आये समस्त शिशुओं में जन्मजात विकृति की पहचान हेतु स्क्रीनिंग की जाये। विकृति पाये जाने पर जिला आर.बी.एस.के. समन्वयक से संवाद स्थापित करें एवं निर्धारित प्रपत्र में जानकारी प्रेषित करें। फालोअप ओ.पी.डी. में राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत चिन्हित बीमारियों पाये जाने पर आगामी निःशुल्क उपचार हेतु District Early Intervention Center (DEIC) में रेफर किया जाये।

एन.बी.एस.यू. रिपोर्टिंग -

निम्न प्रपत्रों में मासिक रिपोर्ट प्रत्येक माह की 05 तारीख तक राज्य स्तर पर ddchnhm@mp.gov.in पर भेजना सुनिश्चित करें-

1. एन.बी.एस.यू. की मासिक रिपोर्ट-सेक्शन ए, बी, सी
2. मासिक व्यय पत्रक
3. संचालन समिति की बैठक का कार्यवाही विवरण
4. उपस्थिति पत्रक एवं ड्यूटी रोस्टर (उपस्थिति, अनुपस्थिति, केजुअल लीव, अर्न्ड लीव, लीव विदआउट पे, मेडीकल लीव एवं ऑफ की व्यक्तिवार जानकारी)

उपरोक्त निर्देशों का पालन करते हुये एन.बी.एस.यू. के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण सेवाओं की प्रदायगी सुनिश्चित करें।

संलग्न : एन.बी.एस.यू. वार सूची

(छवि भास्कराज)
मिशन संचालक,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
मध्यप्रदेश

पृ.क्र./आर.सी.एच/शिशु स्वास्थ्य/2020/6778

भोपाल, दिनांक: 23/05/2020

प्रतिलिपि:-सूचनार्थ

1. अपर मुख्य सचिव, म.प्र. शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
2. प्रमुख सचिव, म.प्र. शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
3. आयुक्त स्वास्थ्य, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, भोपाल, मध्यप्रदेश।
4. अपर मिशन संचालक, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश।
5. संचालक (वित्त), राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश।
6. समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
7. उप संचालक (प्लानिंग), राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश।
8. विभागाध्यक्ष, शिशु रोग विभाग, चिकित्सा महाविद्यालय भोपाल, मध्यप्रदेश।
9. संबंधित सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
13. हेल्थ स्पेशलिस्ट, यूनिसेफ, भोपाल।
10. उप संचालक, किल्टन हेल्थ एक्सेस इनिशियेटिव (CHAI), मध्यप्रदेश।
11. संभागीय आर.एम.एन.सी.एच.ए. समन्वयक, संभाग-भोपाल, इन्दौर, उज्जैन, जबलपुर, रीवा, मध्यप्रदेश।
12. संबंधित जिला कार्यक्रम प्रबंधक, आर.सी.एच./एन.एच.एम., मध्यप्रदेश।
13. संबंधित खण्ड चिकित्सा अधिकारी की ओर लेख है कि दिशा-निर्देशों का पालन करना सुनिश्चित करें।
14. संबंधित खण्ड लेखा प्रबंधक, आर.सी.एच./एन.एच.एम., मध्यप्रदेश।

मिशन संचालक,
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
मध्यप्रदेश

District Wise NBSU List - FY 2020-21

S.No.	District	Facility/NBSU	Facility Type
1	Bhopal	Beragarh	CH
2	Bhopal	Sultania	MC
3	Hoshangabad	Itarsi	CH
4	Hoshangabad	Pipariya	CH
5	Rajgarh	Sarangpur	CH
6	Sehore	Ashta	CH
7	Harda	Khirkiya	CHC
8	Betul	Multai	CHC
9	Vidisha	Ganjbasoda	CH
10	Ujjain	Nagda (Khachroad)	CH
11	Ujjain	Mahidpur	CH
12	Shajapur	Shujalpur	CH
13	Agar	Agar	DH
14	Ratlam	Bajna	CHC
15	Ratlam	Jaora	CH
16	Mandsaur	Garoth	CH
17	Neemuch	Manasa	CHC
18	Dewas	Bagli	CHC
19	Dewas	Kannod	CHC
20	Indore	Mhow	CH
21	Dhar	Dhamnood (Dharamपुरi)	CHC
22	Dhar	Kukshi	CH
23	Alirajpur	Jobat	CHC
24	Jhabua	Petlawad	CHC
25	Barwani	Rajpur	CHC
26	Barwani	Sendhwa	CH
27	Khandwa	Mundi (Punasa)	CHC
28	Khargone	Sanawad (Badwah)	CH
29	Jabalpur	Sihora	CH
30	Mandla	Nainpur	CHC
31	Seoni	Lakhnadon	CHC
32	Narsinghpur	Kareli	CHC
33	Narsinghpur	Gadarwada (Saikheda)	CH
34	Chhindwara	Pandurna	CH
35	Dindori	Shahpur	CHC
36	Katni	Bohriband	CHC
37	Katni	Vijayraghogarh	CH
38	Rewa	Teonthar	CH
39	Annuppur	Pushprajgarh	CHC
40	Umaria	Pali	CHC
41	Shahdol	Beohari	CH
42	Shahdol	Burhar	CHC
43	Satna	Amarpatan	CH
44	Satna	Maihar	CH

msy

District Wise NBSU List - FY 2020-21

S.No.	District	Facility/NBSU	Facility Type
45	Satna	Nagod	CHC
46	Sidhi	Rampurnaikin	CHC
47	Sagar	Bina	CH
48	Damoh	Hatta	CH
49	Panna	Ajaigarh	CHC
50	Gwalior	Birla nagar (Gwalior)	CH
51	Gwalior	Bhitarwar	CHC
52	Gwalior	Dabra	CH
53	Bhind	Lahar	CHC
54	Ashoknagar	Chanderi	CHC
55	Morena	Ambah	CH
56	Sheopur	Vijaypur	CHC
57	Shivpuri	Badarwas	CHC
58	Shivpuri	Pichore	CHC
59	Shivpuri	Pohri	CHC
60	Guna	Aron	CHC
61	Guna	Binagunj (Chachaura)	CHC
62	Guna	Raghogarh	CHC

msy

Reporting Format for Newborn Facility

(All new born care facilities should submit a Monthly /Quarterly report to the District. NBCCs will only fill in section A, while Section A, B and C will be filled in from all NBSUs and SNCUs. Compiled report from all newborn care facilities in the district should be forwarded to the State.)

State _____ District _____ Block _____ Name of NBSU _____

Reporting period: (DD/MM/YY) _____

Name and Address of the Health Facility _____

Contact person _____

No. of beds _____ Date of operationalization _____

Type of unit: NBSU

SECTION A

Section A to be filled from labor room & OT records (as applicable)

S. No	Total number	[N]
1	Total Deliveries	
2	Caesarean sections	
3	Live-births	
4	Still-births 4a. Fresh 4b. Macerated	
5	Term babies (>37 weeks)	
6	Birth weight of babies	
6a	> 2500gm	
6b	< 2500 gm	
6b1	1500 – 2499 gm	
6b2	1000 – 1499 gm	
6b3	< 1000 gm	
7a	Preterm births (<37 weeks)	
7b	Preterm births (<34 weeks)	
7c	Total no. of Pregnant Women whom antenatal corticosteroid (Inj. Dexamethasone) is administered in case of preterm labour <34 weeks.	
8a	No. of newborns who required resuscitation at birth	
8b	No. of newborns breastfed within one hour of birth	
9.	Total no. of new born deaths	
10	No. of newborns referred to NBSU	
11	Human Resource: Sanctioned/In place in labour room	PGMO (Obs) /LMO...../..... SN..... /ANM...../ Support Staff (Reg & Outsource).....
12	Human Resource: Number Trained (In Position)	Skill Lab - MO..... SN..... SBA - MOSN..... ANM..... Dakshita - SN..... ANM..... NSSK - MOSN..... ANM.....

SECTION B

Section B to be filled from the Special Newborn Care Unit/ Newborn Stabilization Unit records

S. No	Total number	In-born [I]	Out-born [O]
7	Admissions in the Unit		
7a	Male		
7b	Female		
8	Birth weight /weight at admission * <i>(Inborn - Record the birth weight/ Extra-mural - Record birth weight if available; if it is not available, record and report weight at admission)</i>		
8a	> 2500gm		
8b	1500 - 2499 gm		
8c	1000 - 1499 gm		
8d	< 1000 gm		
9	Gestation		
9a	>37 weeks		
9b	34 - 37 weeks		
9c	< 34 weeks		
10	Morbidity Profile		
10a	Respiratory Distress syndrome		
10b	Meconium aspiration syndrome		
10c	Other causes of respiratory distress		
10d	HIE/ Moderate-Severe Birth Asphyxia		
10e	Sepsis/ Pneumonia/ Meningitis		
10f	Major Congenital Malformation		
10g	Jaundice requiring phototherapy		
10h	Hypothermia		
10i	Hypoglycemia		
10j	Others		
11	Management (no. of babies who received)		
11a	Phototherapy		
11b	Antibiotics		
11c	Oxygen		
12	Step down care		
12a	No. of babies managed in the unit from Postnatal ward/ Step Down		

12b	No of babies managed in the step down from SNCU		
13	Outcome		
13a	Discharge		
	Referral		
13b	LAMA		
13c	Died		
14	Duration of stay		
14a	< 1 day		
14b	1-3 days		
14c	4-7 days		
14d	>7days		
14e	Average duration of stay		
15	No. of Non- functional Equipment (<i>Non-functional equipment = not working > 7days/ month</i>)		
15a	Phototherapy Unit		
15b	Radiant warmer		
15c	Oxygen concentrator		
15d	Suction Machine		
15e	Generator / Invertor		

Section C

Section C to be filled from the Special Newborn Care Unit/ Stabilization Unit death records

S. No	Total number of deaths	In-born [I_D]	Out-born [O_D]
16	Mortality profile (Cause of death)		
16a	Respiratory Distress syndrome		
16b	Meconium aspiration syndrome		
16c	HIE/ Moderate-Severe Birth Asphyxia		
16d	Sepsis/ Pneumonia/ Meningitis		
16e	Major Congenital Malformation		
16f	Prematurity		
16g	Others		
16h	Cause not established		
17	Duration between the time of admission & death		
17a	< 1 day		
17b	1-3 days		
17c	4-7 days		
17d	>7 days		
18	Age at death		
18a	< 1 day		
18b	1-6 days		
18c	≥ 7 days		
19	Birth weight /weight at the time of death		
19a	> 2500gm		
19b	1500 – 2499 gm		
19c	1000 – 1499 gm		
19d	< 1000 gm		
20	Gestation		
20a	Term		
20b	Preterm		
20c	Post term		

Signature of the in charge: _____ Date: _____

एन.डी.एस.यू. मासिक व्यय पत्रक (2020-21)

एन.डी.एस.यू. का नाम ब्लॉक का नाम जिले का नाम

क्र.	भद का नाम	अप्रैल	मई	जून	जुलाई	अगस्त	सितम्बर	अक्टूबर	नवम्बर	दिसम्बर	जनवरी	फरवरी	मार्च	योग
1	सामग्री क्रय													
2	विद्युत सामग्री पर व्यय													
3	सफाई सामग्री आदि पर व्यय													
4	स्टेशनरी आयटम													
5	पुलई, फनीयर एवं अन्य Maintenance कार्य													
6	उपकरणों की ए.एम.सी. / मरम्मत पर व्यय													
7	अन्य (Item का उल्लेख अनिवार्य करें)													
8	सर्पोर्ट स्टाफ का मानदेय													
	कुल योग													

नोट-

विवृत वर्ष में हुए व्यय को इस वर्ष में शामिल न किया जाये इस हेतु पृथक से स्वीकृति भिजन संचालक, एन.एस.एम. से प्राप्त की जाये।

विकासखण्ड विकित्सा अधिकारी (BMO)
ब्लॉक जिला

ब्लॉक अकाउंटेंट (BAM)
ब्लॉक, जिला

एन.डी.एस.यू. प्रभासी विकित्सक,
एन.डी.एस.यू.

1001

एन.बी.एस.यू. संचालन समिति की मासिक बैठक का कार्यवाही विवरण प्रपत्र (2020-21)

बैठक का स्थान : _____

बैठक दिनांक : _____

सिविल अस्पताल / सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र _____

क्र.	उपस्थित सदस्यों के नाम	पद	हस्ताक्षर
1			
2			
3			
4			
5			

क्र.	पिछली बैठक में लिये गये निर्णय का पालन प्रतिवेदन	क्रियान्वित / लंबित	किस स्तर पर
1			
2			
3			
4			
5			

क्र.	आज की बैठक में दिये गये सुझाव (बिद्युत्वार)	सुझाव देने वाले का नाम
1		
2		
3		
4		
5		

क्र.	बैठक में लिये गये निर्णय	कार्यवाही स्तर (CMHO/BMO)	समय-सीमा
1			
2			
3			
4			
5			

आगामी बैठक दिनांक : _____

संस्था प्रभारी चिकित्सक

विकासखण्ड चिकित्सा अधिकारी



