

ANTENATAL CARD

—0—

Name	Age
------	-----

Name of Clinic	Number
----------------	--------

PREVIOUS PREGNANCIES

[illegible]

Medical History

TB
Blood transfusion
Operations
Diabetes
other

Family History

TB
Twins
Diabetes
other



Date given	Date	Date	Date	Date
1st	2nd	3rd	Booster	Booster

ਫੰਦਲੇ ਸੇ ਆਪਨੇ ਆਪਕੀ ਆਰਿ ਕਾਚੀਂ ਕੀ ਕਾਚੀਨੇ ਕੇ ਲਿਏ ਇਸਕੇ
 ਤੀਨ ਟੀਕੇ (ਸਹੀਨੇ ਸਹੀਨੇ) ਗਥਾਂ ਮੇਂ ਹੀ ਲਗਵਾਓ ।
 ਪੁਣਕਵਾਂ ਤੋਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਅਤੇ ਬੋਧੇ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ
 ਏਸ ਤੇ ੩ ਟੀਕੇ (ਮਹੀਨੇ ਮਸੀਨੇ) ਗਰਭ ਵਿਚ ਹੀ ਲਗਵਾਓ ।

Danger Signs : खतरे की निशानी
ਖਤਰੇ ਕੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ
and Hospital delivery advised.
अस्पताल में कैस होने की सलाह

Special Care Needed
ध्यान योग्य
ਖਾਸ ਖਿਆਲ ਰਖੋ

Anaemia : Hb under 9 Gms.
 ਖੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਖੂਨ ਦੀ ਕਮੀ

Bleeding after previous deliveries or during this pregnancy
ਪਹਿਲੇ ਵੇਲਾ ਜਾਂ ਇਸ ਵਕਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਨ

Any baby born dead, or difficult delivery, or forceps or Caesarean operation ਪਹਿਲੇ ਬੱਚੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਹੋਏ ਹੋਣ ਜਾਂ ਮਰ ਗਏ ਹੋਣ

Height.....
 हटा बैट छोटा कद
 If under 147 cm or 58 inches

Pelvis if small on internal
Examination :

Swelling of hands or face, or diastolic BP over 90
 हाथों पैरों का सूजन हाथ पांव की सूजन

Breathlessness with heart murmur or cough or sputum for 1 month
ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨਾ ਜਾਂ ਖੰਘ ਇਕ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ
ਸਾਂਝ ਚੁਫ਼ਨਾ ਯਾ ਖ਼ਾਸੀਂ ਏਕ ਸਫ਼ਾਨੇ ਸੇ ਤਯਾਦਾ

4 children or more over age 35
4 ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਂ 35 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ
ਤੋਂ ਵੱਧ

Other :
ਹੋਰ ਦੂਸਰੇ

Put a large X in the right hand square for each danger sign

(X) लाल निशान का मतलब है खतरे की निशानी

Last Menstrual period

Day Month (desi) of L.M.P.

Clinic staff should circle any abnormal finding



Day	Month	O	Size of uterus	Heart		Blood Pressure	Weight and edema	Urine albumen	Blood Hb	Symptoms and Complaints	Medicines diet and other advice	Family Planning advice
		1		Lungs							Come monthly	
		2		Pelvis on internal Examination								
		3										
		4										
		5										
		6		Vertex breech or transverse	head high or engaged	Movements felt						
		7									Come every 2 weeks	
		8									Come every week	
		9			In primipara head should now fit into Pelvis						If for hospital delivery admit now	
		40 wk										
		41 wk										
		42 wk										
		43 wk										
		44 wk										
			Post Natal Visits	Date	On examination							

Day of the month : today's date when seen at clinic

In this column fill in calendar months since L.M.P.

Duration of Pregnancy since L.M.P.

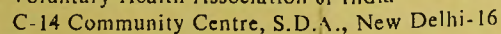
Expected date of delivery

Delivery

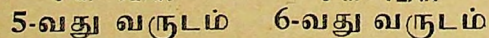
COMMUNITY HEALTH CELL
47/1, First Floor, ... Road
BANGALORE - 560 001

9.15

ஆரோக்கிய குறிப்பு

HR—1 TAMIL[illegible]

0-6 வருட குழந்தையின்
ஆரோக்கிய குறிப்பு



The mother keeps this card in a strong plastic envelope.

HR-1 TAMIL

CLINIC கிளினிக்		CHILDS No குழந்தையின் எண்	
Hospital Stamp			
CHILD'S NAME குழந்தையின் பெயர்		 ஆண் M	 மெண் F
MOTHER'S NAME தாயின் பெயர்		OCCUPATION பணி	
FATHER'S NAME தகப்பனின் பெயர்		OCCUPATION பணி	
பிறந்த தேதி		CASTE OR COMMUNITY	
MONTH	YEAR	சாதி அல்லது மதம்	
மாதம் வருடம்			
HOUSE NO. வீட்டின் எண்		STREET/VILLAGE கிராமம்/வீதி	
TOWN P.O. நகரம்		TALUK தாலூக்கா	DIST. ஜில்லா

BIRTH ORDER	NAMES OF BROTHERS & SISTERS	 	SEEN YES/NO	STATE OF HEALTH
பிறப்பு வரிசை	சகோதர சகோதரி களின் பெயர்	Age வயது	பார்த்திருக்கிறோமா	ஆரோக்கிய நிலை
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

தொகுத்ததேதி	Date given	1	2	3	4	5
B C G against TB பிபி தடுப்பு ஊசி				Mantoux test		பலன் result
Smallpox அம்மை தடுப்பு ஊசி						
Polio குழந்தை வாதம் தடுக்க						
DPT "டிபிடி" "டிப்தீரியா", கக்குவாய் இரும்பு, டிடனஸ் TAB						
சுறியிராக தடுப்பு ஊசி						
Other மற்றவை						
Other மற்றவை						

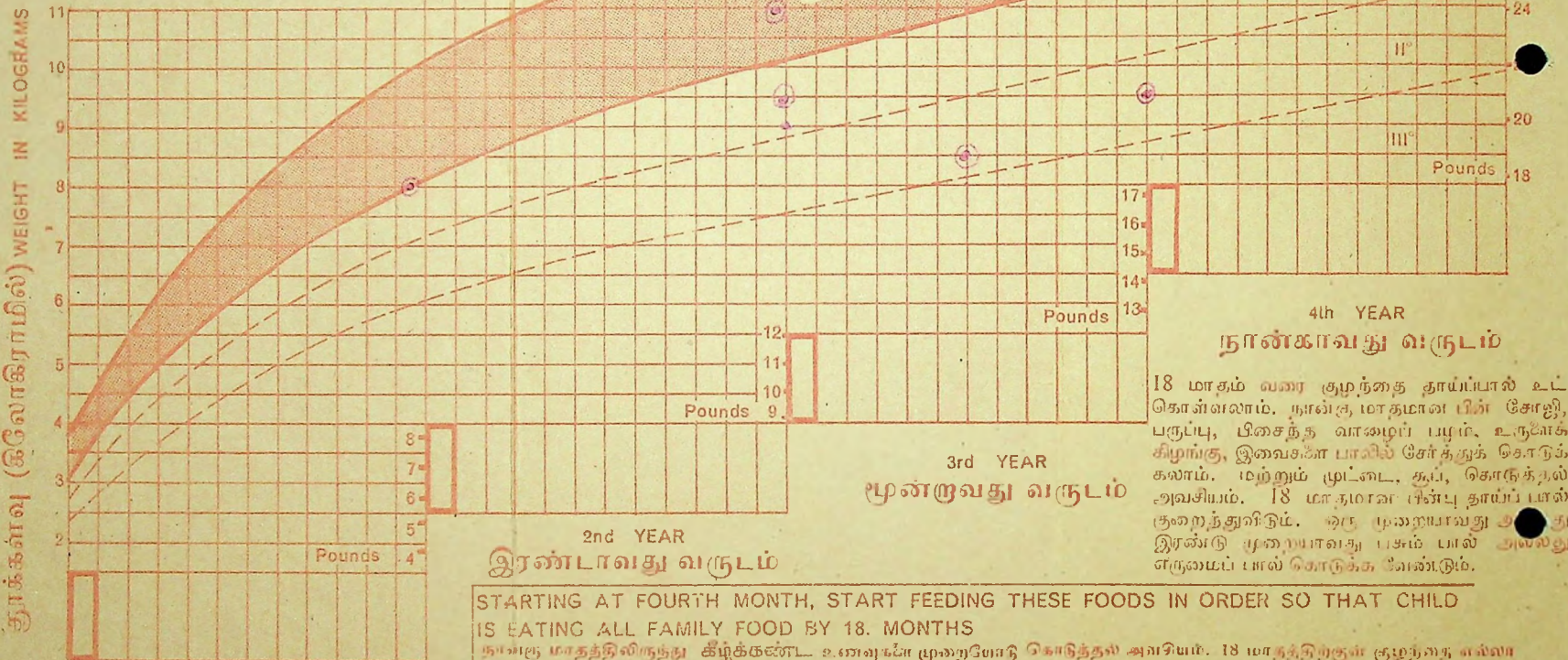
[illegible]

குடும்ப
கட்டுப்பாட்டின்
அறிப்பிப்பாமை

FAMILY
PLANNING
ATTITUDES

முக்கியத்துவம்
கொடுக்கும்
காரணம்
REASONS
FOR
SPECIAL
CARE

தூக்களவு (கிலோகிராமில்) WEIGHT IN KILOGRAMS



இரண்டாவது வருடம்

முன்றாவது வருடம்

நான்காவது வருடம்

18 மாதம் வரை குழந்தை தாய்ப்பால் உட்கொள்ளலாம். நால்கு மாதமான பின் சோஜி, பருப்பு, பிசைத்த வாஸழப் பழம், உருளைக்கிழங்கு, இவைகளை பாலில் சேர்த்துக் கொடுக்கலாம். மற்றும் முட்டை, தயர், கொடுத்துக் கொடுக்கலாம். 18 மாதமான பின்பு தாய்ப்பால் குறைத்துவிடும். ஒரு முறையாவது அரிசி இரண்டு முறையாவது பசும் பால் அல்லது எருமைப் பால் கொடுக்க வேண்டும்.

STARTING AT FOURTH MONTH, START FEEDING THESE FOODS IN ORDER SO THAT CHILD IS EATING ALL FAMILY FOOD BY 18. MONTHS

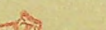
நான்கு மாதத்திலிருந்து கீழ்க்கண்ட உணவுகளை முறையே கொடுத்தல் அவசியம். 18 மாதத்திற்குள் குழந்தை எல்லா குடும்ப உணவையும் சாப்பிடுவது ஏற்பாடு செய்யவும்.

முதல் வருடம்



Keep breast feeding as long as possible but add other foods from 4th month.

சுமார் 4 மாதம் வரை தாய்ப்பால் கொடுத்து நான்கு மாதத்திற்குப் பின்னர் உணவுகளை கொடுக்கவும்.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									
சோஜி	இட்லி	2 துளசி சிவந்தி	வானாழம்பழம்	அவரை வேர்க்காடு முட்டை	கிச்சரி	பசுலைக்கீரை	பசுவைக் காய்கறிகள்	நிலக்கடலை	மாட்டுப்பால்
Conjee	Idli	Potato	Banana	Eggs	Khichari	Spinach	Green Vegetable	Groundnut	Cow Milk

HEALTH RECORD FOR SCHOOL CHILDREN & ADULTS

NUMBER ಸಂಖ್ಯೆ



CASTE OR COMMUNITY
ಜಾತೀಯತೆ

TOWN P.O. TEHSIL

ತುಮಕಿ

WRITE DATE GIVEN	1	2	3	BOOSTER
ಮುನ್ನು ಮುದ್ದು ಕೊಟ್ಟದ ತಾರೀಖು BCG				
ವಿ. ಸಿ. ಜಿ				
SMALL POX ದೇವಿ (ಅಮ್ಮಾ) ಕಾಯಿಲೆ				
TETANUS TOXOID ಧನುರ್ವಾಯು ಮುದ್ದನ್ನು				
TAB ಟೈಫಾಯಿಡ್				
CHOLERA ಕಾಲರಾ				
Other ಇತರ				
Other ಇತರ				

ಜೀವಿಸುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ..... ಹದಗರು..... ಹುಡುಗಿಯರು.....
ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ತಯಾರಿಕೆ FAMILY PLANNING
ARRANGEMENTS

ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಕಾರಣಗಳು

LEFT

OTHER REASONS FOR SPECIAL CARE

SHOW THIS CARD TO THE DOCTOR EACH TIME,
ESPECIALLY AFTER ACCIDENT OR INJURY.

Com H is 7

[illegible]

HEALTH RECORD FOR SCHOOL CHILDREN & ADULTS

CLINIC ಸೆಂಟರ್

NUMBER ಸಂಖ್ಯೆ

PATIENT'S NAME ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು



13

WIFE/SON/ ಹೆಂಡತಿ/ಮಗ/ಮಗಳು
DAUGHTER OF

CASTE OR COMMUNITY
ಜಾತಿ/ಯತಿ

HOUSE NO ಮುನಿಯ ಸಂ.

TOWN P.O. TEHSIL

STREET

ಪಟ್ಟಣದ ಪೋ. ಆ.
ತಹಸೀಲ್ದಾರ್

VILLAGE ಹಳ್ಳಿ

WRITE DATE GIVEN	1	2	3	BOOSTER
ಮದ್ದು ಮದ್ದು ಕೊಟ್ಟದ ತಾರೀಖು				
BCG				
ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ.				
SMALL POX				
ರೇಬಿ (ಅಮ್ಮಾ) ಕಾಯಿಲೆ				
TETANUS TOXOID				
ಧನುರ್ವಾಯು ಮದ್ದನ್ನು				
TAB				
ಟೈಫಾಯಿಡ್				
CHOLERA				
ಕಾಲರಾ				
Other				
ಇತರ				
Other				
ಇತರ				

ಜೀವಿಸುವ ಮೂಲ, ಆ ಸಂಸ್ಥೆ..... ಹೆಡ್ಡುಗರು ಹುಡುಗಿಯರು

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆಯ ತಯಾರಿಕೆ FAMILY PLANNING ARRANGEMENTS

REASONS FOR SPECIAL CARE: IF SO PUT (X) IN RIGHT HAND BOX.

ಹೆಚ್ಚು ೧ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಕಾರಣಗಳು

EYES & EYE-SIGHT	RIGHT		
	LEFT		
EARS & HEARING	RIGHT		
	LEFT		

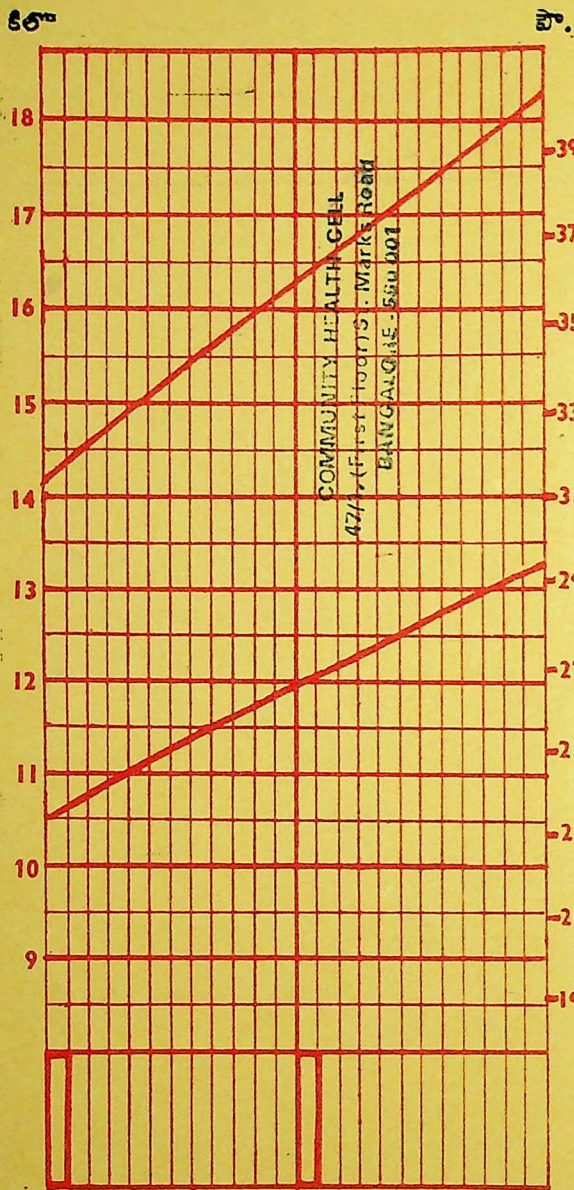
BREATHLESSNESS WITH HEART MURMUR OR COUGH
OR SPUTUM FOR 1 MONTH.

ADDICTION OR ALLERGY OR OBESITY.

OTHER REASONS FOR SPECIAL CARE

SHOW THIS CARD TO THE DOCTOR EACH TIME,
ESPECIALLY AFTER ACCIDENT OR INJURY.

[illegible]



సంవత్సరములు

సక్రమమైన బిడ్డల పోషణ
సమాజ భవిష్యత్తుకు పునాది

చిన్న పిల్లల ఆరోగ్య వైద్యశాల

UNDER FIVES CLINIC

ఆస్పత్రి	Clinic	పిల్ల సంఖ్య	No.
పేరు	Name	మగ/ఆడ	M/F
తల్లి పేరు	Mother		
తండ్రి పేరు	Father		
పుట్టిన తేదీ	Birthday		
డోరు, పీఠి, ఇంటి సంఖ్య		Address	

తోబుట్టువులు		Siblings
పుట్టిన సంవత్సరము	మగ/ఆడ	ఆరోగ్య వివరములు

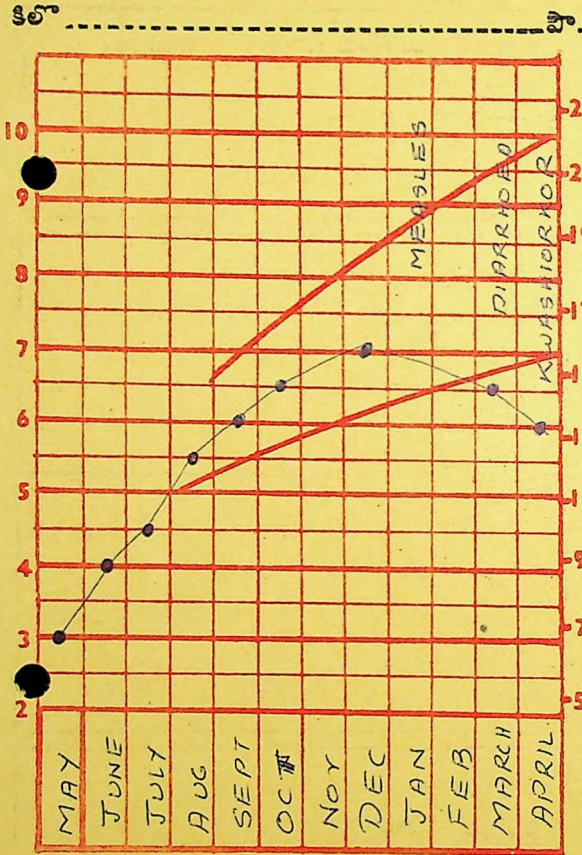
రోగ నివారణ

బి.సి.జి.	Anti-T.B.	B. C. G.
క్షయనిరోధక	1.....	
తేదీలు	2.....	
మశూచికము (అమ్మవారు) Smallpox		
టీకాలు వేసిన తేదీ	1.....	
కనమను చూచిన తేదీ	.....	
మరల టీకాలు వేసినది	2.....	
పిల్లల అంటు వ్యాధులు నిరోధక తేదీలు Triple D.P.T.		
1.....	2.....	3.....
4.....	5.....	
పొలియో వ్యాధి నిరోధక తేదీలు Polio—oral		
1.....	2.....	3.....
4.....	5.....	
విషజ్వరము నిరోధక తేదీలు T. A. B.		
1.....	2.....	3.....
4.....		
తట్టు వ్యాధి నిరోధక తేదీ Measles		
1.....		

రోగచికిత్సకంటే, రోగనివారణ మంచిది.

ప్రత్యేక శ్రద్ధకు కారణములు

REASONS FOR SPECIAL CARE



1-వ సంవత్సరము



పాలిచ్చుచున్న తల్లి
అరటిపండు



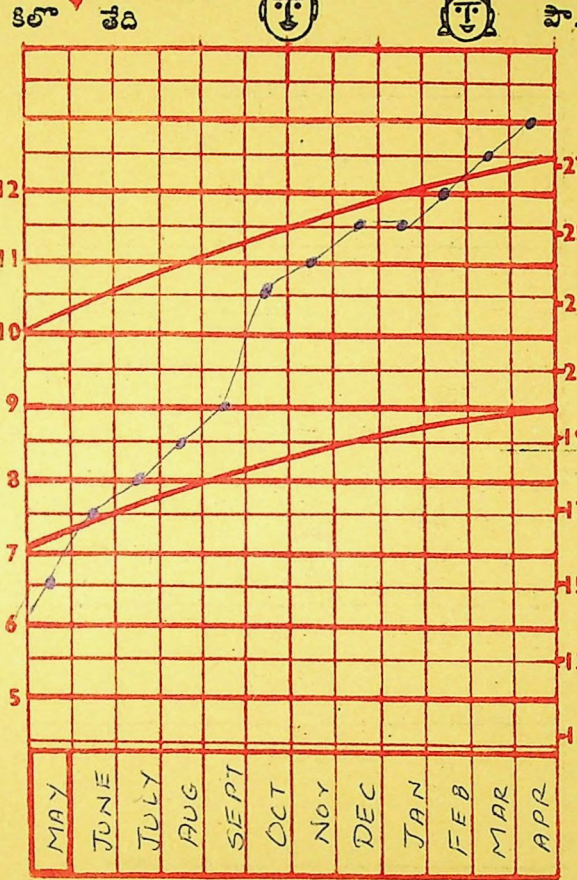
రాగి గంజి



గుడ్డు



కుటుంబ నియంత్రణ



2-వ సంవత్సరము



పప్పు అన్నము ఆకుకూరలు



పాలు



జేరుశనక్కాయలు



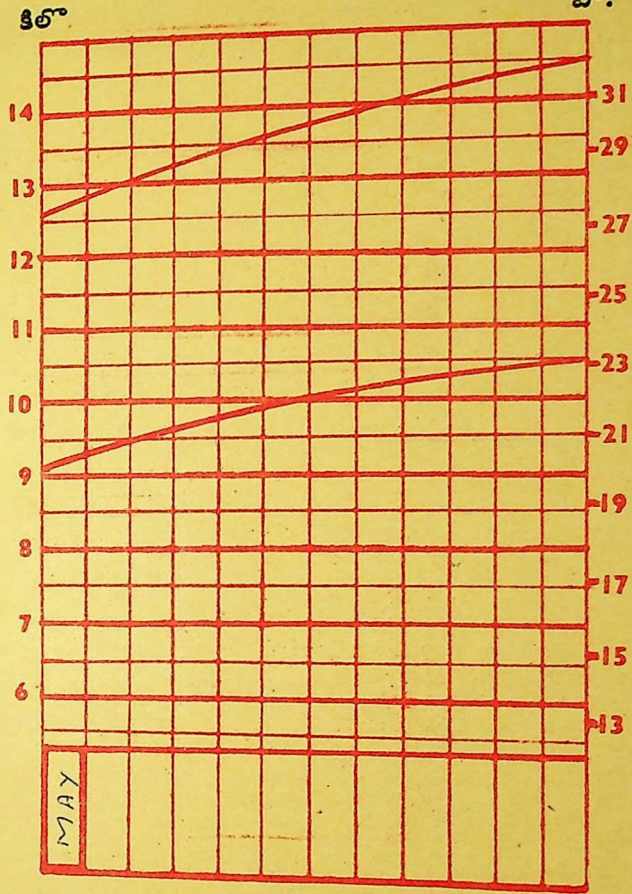
చిక్కుడుకాయలు



చేప



మాంసము



3-వ సంవత్సరము

- 1 తల్లి పాలు మీ బిడ్డలకు చాల బలమైన ఆహారము.
- 2 ఆరు నెలలయిన తరువాత కూడ తల్లిపాలు యివ్వవచ్చును. కాని ఇతర ఆహార పదార్థములు కూడ పెట్టవలెను. - పటములు చూడండి.
- 3 తల్లికి సరిపోయినంత పాలు లేనిచో, లేక బిడ్డ బాగుగ లేకపోయిన, నర్సు, లేక డాక్టరునుండి సలహా నొందండి.

12-22

ANTENATAL/POSTNATAL INPATIENT CHART

Hosp. No. :

COMMUNITY HEALTH CELL
411/1 (SELF-ORGANIZING)
RANGA ONE (1997)

LABOUR RECORD

Date & Time of admission				Time of onset of Labour				
Temp.	Pulse	B.P.	Tongue	CVS	RS	Urine & Alb.	Acetone	Sugar
Ht. of uterus	contractions	presentation & position		Relation to Brim	Foetal Heart	Membranes liquor		
P V								

Progress of Labour

[illegible]

OPERATION OR DELIVERY NOTES

Date	Procedure	Indication	Surgeon
------	-----------	------------	---------

Placenta & Membranes—Wt.			Mode of delivery		Condition		Blood loss	
Perinium Intact		laceration	Episiotomy		Repaired by			
Infant-sex	Alive/SB/DB		Apgar	Wt.	Observation			
Summary—1st stage 2nd stage 3rd stage			Total Durn	Durn. of RM	Delivered by	Anaesthesia	Mode of delivery	
Condition on transfer from Labour ward		Temp.	Pulse	B.P.	Uterus	Baby	U. cord	Remarks

NAME OF THE STATE—KARNATAKA

M.C.H. FORM.....I.....

Corporation/Municipality/.....
Zila Parishad
Panchayat Union

DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY PLANNING SERVICES

MATERNITY RECORD

(Enter clinic visits in red ink and home visits in blue ink)

Card No. _____ Date of first contact _____

Name	Age	Parity
------	-----	--------

Occupation _____

Address _____

Husband's name	Occupation	Family Income
----------------	------------	---------------

Home: No. of rooms _____ No. of occupants. Adults _____, Children under 14 year _____

Water supply	Latrines
--------------	----------

PAST OBSTETRICS HISTORY

[illegible]

HISTORY OF PAST ILLNESSES _____

FAMILY PLANNING KNOWLEDGE AND PRACTICE

BANGALORE - 560 001

PRESENT PREGNANCY—GENERAL EXAMINATION

General Nutrition_____	Vaginal discharge_____
Tongue_____	Heart_____
Teeth_____	Lungs_____
Pyorrhoea_____	N. System_____
Anaemia_____	Liver_____
Cervical Glands_____	Spleen_____
Breasts_____	Measurements_____
Varicose veins_____	I. C._____
Bowels_____	I. S._____
Ext. Genitalia_____	E. C._____
	T. R._____

OBSTETRIC EXAMINATION.

L. M. P.

Date	Weight	Urine		Oedema	B. P.	Hb.	Ht. of fundns	Position	Foetal heart	Presenta- tion	Initial of examiner
		Alb.	Sugar								

PROGRESS NOTES.

Date	Diet, Observations and complaints	Advice and treatment

Laboratory tests, if any—

For Hospital/Home confinements_____Booking arranged for.

Place _____

Date _____

Time Dr./midwife called _____	Patient's condition _____
-------------------------------	---------------------------

Temperature _____ Pulse _____ Resp. _____ Urine _____

Presentation	Position	Engagement	F. H.
--------------	----------	------------	-------

Membranes-Intact _____ Raptured when ? _____

Course of Labour :

[illegible]

Treatment	Date	Time	Results
Enema given			
Catheterised			
Vaginal examination			
(reason)			
Drugs given			

SUMMARY OF LABOUR

	Date	Hour	Minutes	
Arrival of midwife				Length of 1st Stage _____
Commencement of Labour				Length of 2nd Stage _____
Rupture Membranes				Length of 3rd Stage _____
Birth of Baby				Total duration _____
Birth of placenta				

Placenta & Membranes complete _____ Incomplete _____

P. P. H. _____ Perineum _____ Care given _____

Time of departure of midwife _____

Condition of baby at birth alive/still born Macerated _____ Sex _____ Birth Weight _____

Congenital defects, if any _____

Condition on departure of midwife/doctor-Mother _____ Baby _____

Mother delivered by _____

Signature _____

PUERPERIUM

MOTHER.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Day/Date	Pulse	Temperature	Lochia	Height of fundus	Breasts	Bowels	Urine	Treatment	Remarks
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

BABY.

Day	Eyes	Mouth	Cord	Stools	Urine	Feeds	Weight
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

POST-NATAL RECORD.

Date	Urine	B. P.	H. B.	Breast	Lactation	Uterus & adnexae	General health

F. P. advice and Card No.

Infant Card No.

Signature _____

Card closed on

Health Visitor/Public Health Nurse.

DEPT. OF COMMUNITY HEALTH
ST. JOHN'S MEDICAL COLLEGE, BANGALOREANENATAL CARD

Reg.No: Date:
Name: Age:
Religion: Occupation:
Husband's Name : Occupation:
Family Income :per month
Address:
.....
.....
Previous pregnancy & confinements :
Number:
Nature:

History of Lactation Period:

FirstSecondOthers

Present History:

Menstrual Cycle:

Last Menstrual Period:

(W.D.P.V.)

General Medical Examination:

Oedema

Anaemia

Vitamin Deficiency:

Respiratory System:

Cardiovascular System :

Central Nervous System:

Others:

No :

Delivery Notes		Conduct by	Nature of Delivery	F. P. Advice		FP Method Adopted
☐ Home	☐ Doctor	☐ Normal	Preparing mother for delivery			
	☐ Nurse	☐ Complicated	General health care			
☐ Hospital	☐ Dai/Trained Dai	☐ Operation				
	☐ Relatives					
INFANT	Condition	Under 5 Advice				Card sent to CSU
Weight in Kg.		Immunisation				Date
Sex: M/F		Infant feeding				Signature
U/2 Registration No.		Other				

Previous Pregnancies :

முந்தைய தாய்மை பற்றிய விவரங்கள்.

No	Year	Place	Duration	Delivery	Post Delivery Complication	Sex	Remarks : Child's Health & Development

Name :
பெயர் :

Husband's Name :
கணவர் பெயர் :

Address :
விலாசம் :

Date of Birth :

MC.

LMP

EDD

SPECIAL REVIEW :

- a. ANAEMIA :- Hb Below 9 Gms
b. BLEEDING :- After Previous Deliveries.
c. BLEEDING :- During this or Previous Pregnancy
d. DELIVERY :- Baby Born Dead or Difficult Labour
e. FIRST BABY :- Of Mother Over 30 or 4-th Child or More.

Hb.

Ht.

BP.

Oedema

Lie

G

P

L

Condition of Nipple

△ Normal

△ Retracted

GENERAL HISTORY & EXAMINATION

Priority Status

X	Y	Z
---	---	---

- ☐ More than 4 children ☐ Multi with few living children ☐ No special problems
- ☐ Priml above 30 years ☐ Previous PET
- ☐ Large No. of Infant deaths
- ☐ Difficulties in previous deliveries
- ☐ Bad obstetrical history
- ☐ Previous PPH / APH
- ☐ Anemia
- ☐ Poor Socio-economic status
- ☐ PET
- ☐ Wants sterilisation

COMMUNITY HEALTH CEE
47/1, (First floor) St. Marks Road
K. V. K. P. Block - 500 001

Signature.
Date :

Date

Advice

Sign

சீல முக்கிய குறிப்புகள் :

1. கடுவுற்ற தாய்மார்கள் கங்கள் உணவில் பக்கை காய்கறிகள், கீரை வகைகள் ஆகியவற்றைச் சேர்த்துக் கொள்ள வேண்டும்.
2. அலர்கள் வழுக்கமாக சாப்பிடும் உணவைவிட அதிகமாக சாப்பிட வேண்டும்.
3. கர்ப்ப காலத்தில் குறைந்தது மூன்று முறையாவது மருத்துவ மனைக்குச் சென்று உடம்பை சோதித்துக்கொள்ள வேண்டும். இரண்டு முறை நோய்த்தடுப்பு ஊசி போட்டுக் கொள்ள வேண்டும்.
4. கடுவுற்ற காலத்தில்தான் ரத்தப்போக்கு, அதிகமான வாந்தி, கால் வீக்கம், பார்வை மங்குதல் ஆகியவை ஏற்பட்டால் உடன் மருத்துவரை அணுகவும்.
5. குழந்தையின் ஆரோக்கியத்திற்கு தாய்ப்பாலே மிகச் சிறந்தது தாய்ப்பாலில் எவ்வளவு காலம் கொடுக்க முடியுமோ, அதுவரை கொடுக்கலாம்.
6. குழந்தையின் ஐந்தாம் மாதம் முதல் தாய்ப்பால் கொடுப்பதுடன் திட உணவும் கொடுக்கத் துவங்கவும்.
7. காகம், அம்மை, வலிப்பு, கக்குவான் இனம் போன்ற வியாதிகளிலிருந்து குழந்தைக்குப் பாதுகாப்பு தர தடுப்பு ஊசிகள் போடவேண்டும்.
8. நோய்த்தடுப்பு, மற்றும் சத்துணவு பற்றிய அறிவுரை, தாய்மதுவரை பூரண உடலுறவு பாதுகாப்பு ஆகியவற்றைப் பெற உங்கள் குழந்தையின் பெயரை மருத்துவ மனையில் பதிவு செய்து கொள்ளுங்கள்.
9. தாய்மதுக்குட்பட்ட குழந்தைகள் உங்கள் குடும்பத்தில் இருந்தால் அவர்கள் பெயரையும் மருத்துவ மனையில் பதிவு செய்து கொள்ளுங்கள்.
10. ஒரு குழந்தையின் பிறப்புகூடும், அடுத்த குழந்தையின் கருத்தரிப்பு காலத்திற்கும், அதிக இடைவெளி ஏற்படுத்துவதின் மூலம் அழகான, ஆரோக்கியமான குடும்பத்தை அமைக்கலாம். குழந்தைப் பிறப்பை தடைசெய்ய விரும்பினால் இது குறித்து ஆலோசனை பெற மருத்துவரை அணுகவும்.

RUHSA (K. V. KUPPAM BLOCK) ANTENATAL RECORD.

தாய்மைகால பதிவேடு.

No :

Previous Pregnancies :

முந்தைய தாய்மை பற்றிய விவரங்கள்.

No.	Year	Place	Duration	Delivery	Post Delivery Complications	Sex	Remarks : Child's Health & Development

Name
பெயர்Husband's Name
கணவர் பெயர்Address :
விலாசம் :

Date of Birth :

Caste :

MC.

LMP

EDD

G

P

L.

Reasons For Special Care

SPECIAL REVIEW :

- ANAEMIA :- Hb Below 9 Gms.
- BLEEDING :- After Previous Deliveries.
- BLEEDING :- During this or Previous Pregnancy
- DELIVERY :- Baby Born Dead or Difficult Labour
- FIRST BABY :- Of Mother Over 30 or 4-th Child or More.

Hb.

Ht.

BP.

Com H 15.32

EDUCATIONAL GUIDANCE & EXPERIMENTAL BRANCH

Shankararah, P. O. Tamluk, Dist. Midnapore.

CASE-HISTORY

A : Information Related to Pupils :—

1. IDENTIFYING DATA :

- (a) Name of the child—
- (b) Date of birth—
- (c) Age—
- (d) Sex—
- (e) Name of the school—
- (f) Class—
- (g) Members of the family with relationship—

2. STATEMENT OF PROBLEM :

- (a) Who refers the Case—
- (b) Nature of the behaviour disorder—
- (c) Disturbances—
- (d) Specific examples—

3. CONGENIAL FACTORS :

- (a) Insanity of parents—
- (b) Fickle mindedness—
- (c) Epilepsy—
- (d) Glandular disorder—
- (e) Alchoholism—
- (f) Nervous breakdown—
- (g) Instability—
- (h) Querness—
- (i) Querness in relatives & siblings—

4. PHYSICAL FACTORS :

- (a) Condition of mother during pregnancy—
- (b) Nature of delivery—
- (c) History of birth injury—
- (d) Childhood disease—
- (e) Accidents—
- (f) Contraction of muscles—
- (g) Fainting—
- (h) Age of walking, talking and teething—

5. ENVIRONMENTAL SITUATION :

(i) FATHER :

- (a) Experiences of childhood—
- (b) Education—
- (c) Occupation—
- (d) Religion and personality traits—
- (e) Attitude towards wife and siblings—
- (f) Kind—Cruel—Sympathetic—Democratic—
- (g) Hobbies—
- (h) Recreational Interests—

(ii) MOTHER :

- (a) Period of sucking—
- (b) Child's behaviour to mother after or before the birth of the next child—
- (c) Cause of abstaining from sucking—

(iii) SIBLING INTER RELATIONSHIP :

- (a) Attitude towards each other—
- (b) Their health—
- (c) Undue quarreling—
- (d) Rivalry—
- (e) Schooling—
- (f) Present where abouts—

(iv) PHYSICAL CONDITION AT HOME :

- (a) Physical condition after birth—
- (b) Change of residence—
- (c) Discipline—
- (d) Neatness and cleanliness—
- (e) Arrangement of recreation—

(v) METHODS OF CONTROL AND SUPERVISION—

- (a) Parents' adverse attitude to child's discipline—
- (b) Nature of discipline (by Reward or Punishment)—
- (c) Parents' attitude to child's discipline—
- (d) Any responsibility or duty of child at home—

(vi) COMMUNITY AND CULTURAL FACTORS :

- (a) Culture in family—
- (b) Culture in neighbours—
- (c) Any offence—
- (d) Financial status—
- (e) Social controls—
- (f) Recreational opportunities—

(vii) EDUCATIONAL FACTORS :

- (a) Age of entering school—
- (b) Subjects—
- (c) Attitude to Education—
- (d) Co-curricular Activities—

- (e) Evidence of leadership—
- (f) Rank in class—
- (g) Educational ambitions—

(viii) RECREATIONAL FACTORS :

- (a) Activities in leisure time—
- (b) Solitary or with group—
- (c) Whether liked / disliked / or abandoned by others—
- (d) Sign of leadership—
- (e) Membership in gangs or clubs—

6. (i) REACTIONS IN EARLY CHILDHOOD :

- (a) Emotional reaction—
- (b) Signs of firmness—
- (c) Suspiciousness—
- (d) Thumb sucking—
- (e) Fear reactions—
- (f) Sleep-walking—
- (g) Night-terror—
- (h) Love reaction—
- (i) Nail-biting—
- (j) If, accomodating—
- (k) If, quarrelsome—
- (l) Impatient—
- (m) Selfish—

(ii) REACTIONS IN ADOLESCENCE :

- (a) Freedom of expressions—
- (b) Dependency on parents—
- (c) If happy in group activity—
- (d) Dominant Recreational Activity—
- (e) Intelligence—
- (f) Personality—
- (g) Insight—
- (h) Attitude—
- (i) Treatment of the child (after reports)—

B : Information Related to School—

- (a) Name of the Institution—
- (b) No. of students in the class—
- (c) Fees—
- (d) Teaching staff etc.
- (e) Distance from home—

COMMUNITY HEALTH CELL
326, V Main, I Block
Koramangala
Bangalore-560034
India

SCHOOL ATTAINMENT

NAME.....

Yr.	F. L.	S. L.	T. L.	M	P. S.	L. S.	G	H		TOTAL
19										
19										
19										
19										
19										
19										

Guardian's Signature.

Counsellor's Signature.

IMMUNIZATIONS AND PROPHYLACTIC DOSES

I. Anti Tuberculosis (B.C.G.)
Primary: At birth or as soon as possible
Date

II. Small Pox
Primary: Birth to 3 months
Date

Re-vaccination: At the age of 3-5 years
and whenever there is exceptional risk
Date

III. Triple Antigen (Diphtheria, Tetanus & Whooping Cough)
Primary: From third month or even earlier
Secondary: Two months after primary injection
Date

Booster 1. Between 2-3 years of age
Date

2. At the age of 5 years
Date

IV. Polio-Myelitis (Oral or Injectable Polio-virin)

Date:

First

Second

Third

Note: Poliovirin may be given in three doses at monthly intervals starting from 3rd month or even earlier.

V. Vitamin A Massive

Dose	Date	Dose	Date
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

Note: Vitamin A Massive may be given at six-monthly intervals from the age of one year.

VI. Others

Name Date

WEANING



1. Breastmilk is sufficient from birth to 3-4 months



2. From about the 4th month, the child is growing rapidly and breastmilk becomes insufficient. Therefore introduce some gruel such as 'Uggu' (rice with dal and ghee) and continue breastmilk.



3. From the age of 6 months the breastmilk supply diminishes and the child's demand increases. Therefore start some well cooked rice with dal and soft green leafy vegetables. Egg and milk can be given if available. Continue breastfeeding as long as possible. Give some biscuits also which will help in teething.



4. After one year the child needs much more than breastmilk as she will be walking and talking. So give her rice, dal, vegetables and roti in addition to breastmilk. If available, egg, fish, milk and meat can also be given.

NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION

INDIAN COUNCIL OF MEDICAL RESEARCH
HYDERABAD-500007

CHILD HEALTH CARD (GIRLS)

Register No.

Household No.

Child's Name

Date of Birth

Date of first contact

Father's Name

Occupation

Mother's Name

Occupation

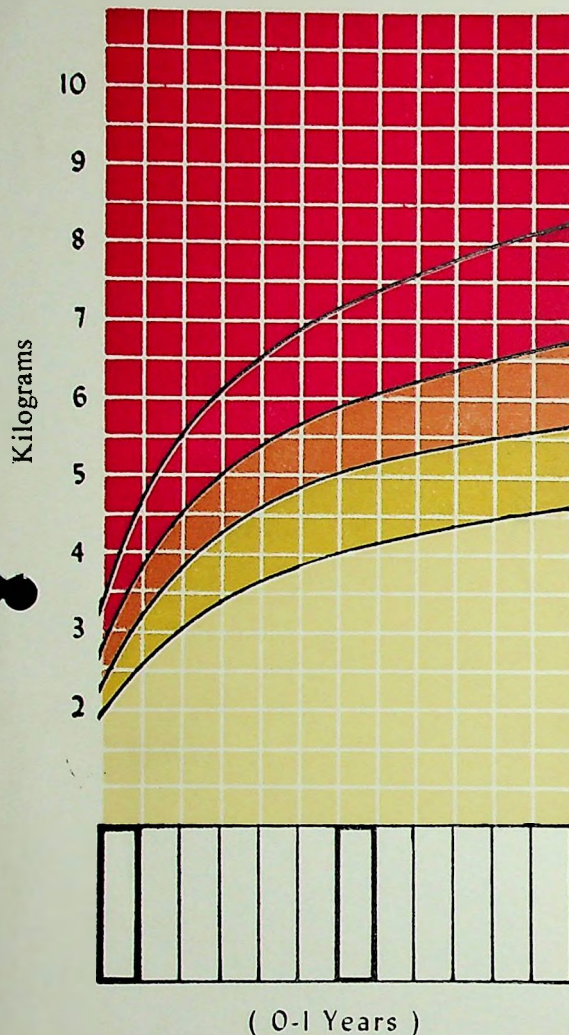
Siblings

	Name	Age	Sex	Remarks
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Doctor's Remarks

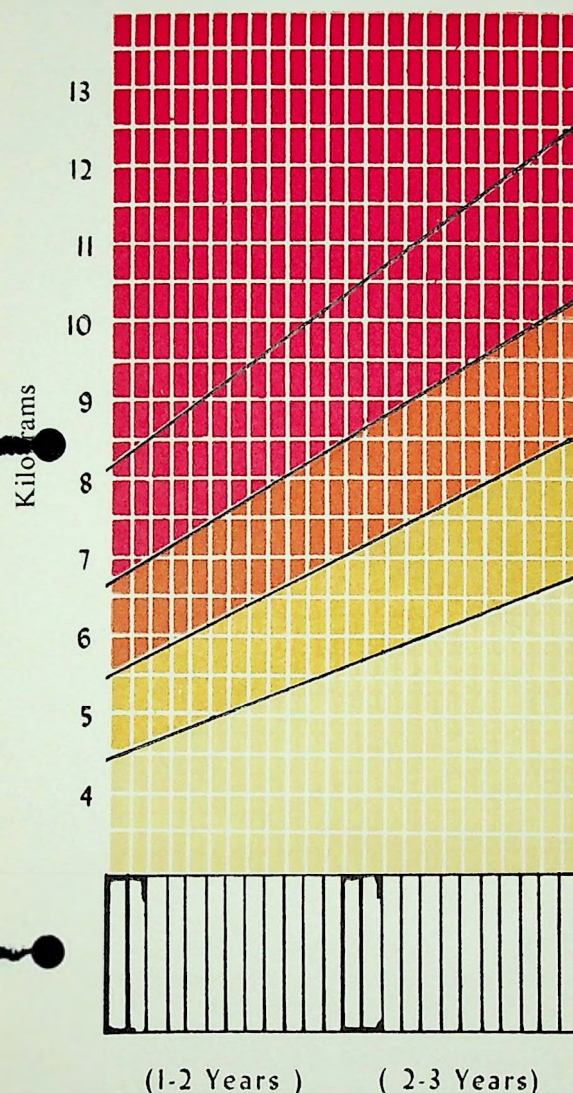
COMMUNITY HEALTH CELL
47/1, (First Floor) St. Marks Road
BANGALORE 560 001

COMMUNITY HEALTH CELL
47/1, (First Floor) St. Marks Road

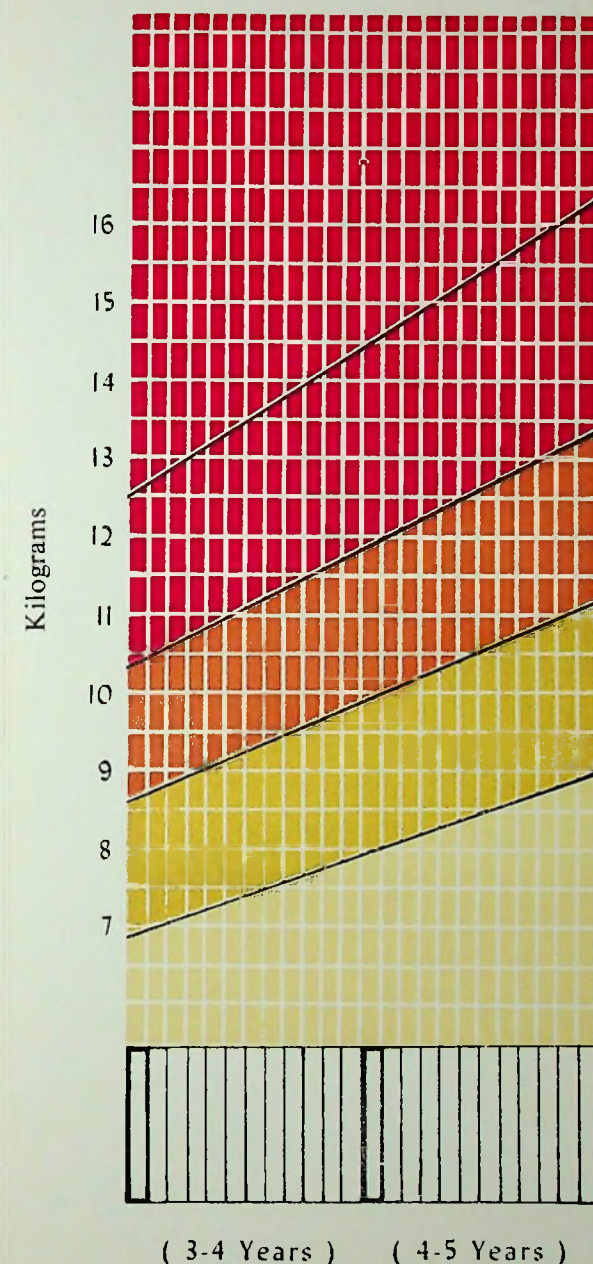


Weigh the child and make cross mark (X) in the column corresponding to the age of the child.

- I. A mark 'X' in the red colour indicates that the child is healthy. If she is given good food she will grow well and maintain good health.
- II. A mark 'X' in the orange colour indicates that she is underweight and she needs more of good food to maintain good health.



- III. A cross mark in the deep yellow colour shows that she is moderately undernourished. Such a child must be given special nutritious diet prepared at home.
- IV. A cross mark in light yellow colour shows that the child is grossly undernourished. Such a child must be taken immediately to the doctor.



N. B: If a child has a moon face, oedema in the legs she must be taken to the doctor.

18:1

SCHOOL HEALTH PROGRAMME
CUMULATIVE HEALTH RECORD



Identification [ಗುರುತು]

COMMUNITY HEALTH CELL
47/1, (First Floor) St. Marks Road
BANGALORE - 560 001

Teacher to fill up. [ಉಪಾಧ್ಯಾಯರು ಬರೆಯಬೇಕಾಗುವುದು.]

Register/Admission No.
ರಜಿಸ್ಟ್ರೇಷನ್ ಯಾ ಅಡ್ಮಿಷನ್ ನಂ.

Grade/Class and Section
ರಬ್ಬೆ / ಶರಣಿ / ಸೆಕ್ಷನ್

Pupil's Name
ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ಹೆಸರು

Date of Birth or Age
ಹುಟ್ಟಿದ ತಾರೀಖು ಅಥವಾ ವಯಸ್ಸು

Name and Address of
parent or guardian
ತಂದೆ ಅಥವಾ ಪೋಷಕರ ಹೆಸರು

Sex—Male/Female
ಗಂಡು/ಹೆಣ್ಣು

School :
ಶಾಲೆ

Village :
ಗ್ರಾಮ.

Postal Address.
ಅಂಚೆ ವಿಳಾಸ.



INSTRUCTIONS

1. This is a Cumulative Health Record of the pupil, designed to serve the entire educational career of the pupil.
2. This record to be transferred along with the T. C. to the next school.
3. Records to be properly kept safe at the school.
4. To be filled up as follows :—
 1. Cover page and page No. 1 to be filled in by teacher.
 2. Growth Record on the inside back cover page to be written up by the teacher once in 3 months.
 3. Second page of the record of (past history) to be filled up by the School Health Assistant in the presence of parent or Guardian.
 4. Back cover, outside information to be recorded by the School Health Assistant.
 5. Page No. 3 and 4, Medical Examination to be filled in by the examining Medical Officer.
 6. Whenever a child is referred to P.H.O. or Hospital for examination or treatment the pupil is to take the Cumulative Health Record with him/her.

ಸೂಚನೆ

1. ಇದು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ "ಕ್ಯೂಮುಲೇಟಿವ್ ಹೆಲ್ತ್ ರಿಕಾರ್ಡ್" ಇದನ್ನು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿದ್ಯಾ ಪ್ರಾಸಂಗವವರೆಗೂ ಅವನವನಿರಬೇಕು.
2. ಈ ರಿಕಾರ್ಡ್‌ನ್ನು 3 ನ. ವರ್ಷದಿಂದಲೇ ಶಾಲೆಗೆ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ಸಂಗಡ ರವಾನಿಸಬೇಕು.
3. ಈ ರಿಕಾರ್ಡ್‌ನ್ನು ವಾತವಾರಿಯಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಇಟ್ಟಿರಬೇಕು.
4. ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬರೆಯಬೇಕು.
 1. ಮುಖದವುಳ ಮತ್ತು ನೆಯ ಪುಟವನ್ನು ಉಪಾಧ್ಯಾಯರು ಬರೆಯಬೇಕು.
 2. ಹೇವಣಿಯ ರಿಕಾರ್ಡ್‌ನ್ನು (ಹಿಂಬದಿಯ ಕವರ್‌ಪೇಜ್ ಒಳಗಡೆಯಿರುವ) ಪ್ರತಿ 3 ಹಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಉಪಾಧ್ಯಾಯರು ಗುರುತಿಸಬೇಕು.
 3. 2ನೆಯ ಪುಟವನ್ನು, ಹಿಂದಿನ ಪರಿಶ್ರಮವನ್ನು ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯವರು (ಸ್ಕೂಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಸಿಸ್ಟೆಂಟ್‌ರವರು) ಕಂದೆ/ಶಾಲಾ ಅಥವಾ ಶಾಲಾಪಾಲಕರ ಸಮ್ಮುಖದಲ್ಲಿ ಬರೆಯಬೇಕು.
 4. ಕವರ್ ಪೇಜಿನ ಹಿಂಬದಿ ಪುಟದಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ವಿವರಗಳನ್ನು ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯವರು (ಸ್ಕೂಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅಸಿಸ್ಟೆಂಟ್‌ರವರು) ಬರೆಯಬೇಕು.
 5. 3 ಮತ್ತು 4 ನೆಯ ಪುಟಗಳನ್ನು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯವರು ಬರೆಯಬೇಕು.
 6. ರಿಕಾರ್ಡ್‌ನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹಾಕುವಾಗ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯನ್ನು ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಾಗಲೀ ಕಳುಹಿಸುತ್ತಿದ್ದಾಗ, ಈ ರಿಕಾರ್ಡ್‌ನ್ನು ಅಲ್ಲಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು.

Name	Village.	School.
	Date	
a. Abnormal gait ಅವಾಸ ವಿಕ ನಡಿಗೆ poor posture ಗೂನುಡನ್ನು ಇತ್ಯಾದಿ.		
b. Nose ಮೂಗು	Bleeding ರಕ್ತಸ್ರಾವ Discharge ಸಿಂಬಳ ಸುರಿಯುವುದು	
c. Skin eruptions. ಚರ್ಮ ವ್ಯಾಧಿ.		
d. Eyes Defective Vision. ಕಣ್ಣು ನೋಟ ಸರಿಯಾಗಿಲ್ಲದಿ ರುವಿಕೆ	Reads too Close ಹತ್ತಿರದಿಂದ ಓದುವುದು Reads too far ದೂರದಿಂದ ಓದುವುದು Squint ಮೇಲುಗಣ್ಣು Syle. ಕಣ್ಣು ಕುಟಕೆ	
e. Ear ಕಿವಿ	Defective hearing. ಕೇಳಿಸದಿರುವುದು Discharge. ನೋರುವುದು	
f. Mouth ಬಾಯಿ	Mouth Breathing ಬಾಯಿಲ್ಲ ಉಸಿರಾಡುವುದು Cracks at Corner. ತುಟಗಳು ಬಿರಿದಿರುವುದು Decayed Teeth. ಹುಳು ಕಲ್ಲು Irregular Teeth. ವಕ್ರದಂತ Inflamed Tongue. ಉದನಾಲಗೆ Speech defect, stammering. ಬಿಕ್ಕಳಿಸುವಿಕೆ (ಬಿಕ್ಕಲು)	
g. Emotional Condition. ಮಾನಸಿಕ ಸ್ಥಿತಿ	Shy ನಾಚಿಕೆ Nervousness ಭಯ ಬೀಳುವಿಕೆ Quarrelsome ಜಗಳಗಂಟಿತನ Co-operative. ಸಹಕಾರ	
h. Others ಇತರೆ	Attendance ಹಾಜರಿ Excessive use of Toilet. ಅಗಾಧ ಮಲಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯಿರುವಿಕೆ.	

Code:— ಸೂಚನೆ. (ವೀಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಈ ಗುರುತುಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆಯಿರಿ.)

No Defect ಕೊಂದರೆ ಮೇಲಿನೂ ಇಲ್ಲ.	0.		
Immediate Medical Attention ತುರ್ತು ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಅವಶ್ಯಕ.	1.	Corrected ಸರಿಪಡಿಸಿದೆ.	4.
Defect Requiring Attention ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ನ್ಯೂನತೆ.	2.	Under Treatment ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ.	Tr.
Ir-remedial Defects. ಸರಿಪಡಿಸಲಾಗದ ನ್ಯೂನತೆ.	3.		

Frequency : Atleast once a year

ಕಾರಾವಧಿ :— ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಒಂದು ಸಲ

(To be filled up by the School Health Assistant in the presence of parent or Guardian.)
(ಕಂಪೆ ಅಥವಾ ಪೋಷಕ ಕುಟುಂಬದ ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯವರು ದರ್ಶನ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

(A) PREVENTIVE TREATMENT AND TEST-BEFORE EACH MEDICAL EXAMINATION
ನಿವಾರಣೀಪಾಯ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಪ್ರತಿ ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಮುಂಚೆ)

		I	II	III
History of Serum Reaction ಹೆಚ್.ಎಸ್. ಪ್ರಯೋಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ	....			
Small-pox Vaccination ಮೈಲಿ ದೇವಿ	Primary ಪ್ರಾಥಮಿಕ	....		
	Re. ಮರ ದೇವಿ	....		
D. P. T.	ತ್ರಿರೋಗನಿರೋಧಕ	....		
Typhoid, Para-typhoid	ನಿಷಮಶೀತಜ್ವರ	....		
Cholera	ವಾಂತಿ ಭೇದಿ	....		
B. C. G.	ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ.	....		
Polio	ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು	....		
Others	ಇತರೆ	....		

(B) HEALTH HISTORY (ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ)

Congenital Abnormalities	ದೋಷಗಳು	....			
Deformities	ಒಂಗ ವಿಕಲ	....			
Skeletal	ಅಸ್ಥಿವಿಕಾರ	....			
Polio	ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು	....			
Tonsillitis	ಗಂಟಲು ರೋಗ	....			
Rheumatic Fever	ವಾತರೋಗ	....			
Measles	ದಡಾರ	....			
Smallpox	ನಡುಬು	....			
Other Eruptive Fevers	ಇತರ ಗ್ರಂಥಿ ಜ್ವರ	....			
Mumps	ಗದಗಟ್ಟು (ಶೀತಗಟ್ಟು)	....			
Typhoid and Para-typhoid	ನಿಷಮಶೀತ ಜ್ವರ	....			
Accidents	ಅಪಘಾತಗಳು	....			
Operations	ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	....			
Worms	ಹೊಟ್ಟೆ ಹುಳು	....			
Other Illness	ಇತರ ರೋಗಗಳು	....			
Family History	ಕುಟುಂಬದ ವಿವರಗಳು	....			

(To be filled in by the Medical Officer)
(ವೈದ್ಯರು ಬರೆಯಬೇಕಾದುದು)

EXAMINATION ಪರೀಕ್ಷೆ	Date..... ತಾರೀಖು.....	I	II	III
*General Systemic Examination ಕ್ರಮವಂತ ಪರೀಕ್ಷೆ	.....			
Special Examination ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆ	.....			
Eyes: ಕಣ್ಣು	(1) Vision ನೋಟ (a) Right Eye ಬಲಗಣ್ಣು (with & without spectacles) (b) Left Eye ಎಡಗಣ್ಣು (with & without spectacles) (2) Chronic Conjunctivitis ಬಹುಕಾಲದ ಕಣ್ಣು ನೋವು	.....		
Ear ಕಿವಿ	(1) Hearing Defect ಕೇಳದಿರುವಿಕೆ (a) Right Ear ಬಲಕಿವಿ (b) Left Ear ಎಡಕಿವಿ (2) Chronic Otorrhoea ಬಹುಕಾಲದಿಂದ ಕಿವಿ ಸೋರುವುದು	.....		
Nose ಮೂಗು	(a) Special deviation ನೀಳಿರುವುದು (ಬಂದಿರುವುದು) (b) Polypus ಪಾಲಿಪಸ್ (c) Any other condition ಇತರ	.....		
Throat ಗಂಟಲು	(a) Sore throat ಗಂಟಲು ಹುಣ್ಣು (b) Enlarged tonsils ಎನ್‌ಟಾನ್ಸಿಲ್ಸ್‌ ಜಾನ್‌ ಸಿಲ್ಸ್ (c) Adenoids ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್ (ಮೂಗಿನೊಳಗೆ ಶ್ಲೇಷ್ಮ ಕಟ್ಟುವಿಕೆ) (d) Cleft palate ಕ್ಲೆಫ್ಟ್ ಪಲೇಟ್ (ಅಂಗಳು ಬಡದಿರುವಿಕೆ)	.....		
Teeth & Gum ಹಲ್ಲು ಮತ್ತು ವಸಡು	(a) Caries ಹುಳುಕಲ್ಪು (b) Gingivitis ಗಿಂಗಿವೈಟಿಸ್ (c) Malocclusion ಮಾಲ್‌ಆಕ್ಲ್ಯೂಷನ್ (d) Pyorrhoea ಪಯೋರಿಯಾ (e) Periodontitis ಪೆರಿಯೋಡಾಂಟೈಟಿಸ್	.....		

	I	II	III
Nutrition Deficiencies. ಅಹಾರ ದೋಷ	a. Anaemia ರಕ್ತಹೀನತೆ		
	b. Xerophthalmia ಜಿರೋಪ್ತಾರ್ಥಯಾ		
	c. Bitott's spots ಬಿಟ್‌ಸ್ ಸ್ಪಾಟ್ಸ್		
	d. Night blindness ಸಾಯಂಕಾಲದಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣು ಕಾಣಿಸದಿರುವಿಕೆ		
	e. Superficial glossitis ಸೂಪರ್ ಫಿಷಿಯರ್ ಗ್ಲಾಸ್ಸೈಟಿಸ್		
	f. Angular stomatitis ಅಂಗ್ಯುಲಾರ್ ಸ್ಟೊಮಾಟೈಟಿಸ್		
	g. Bleeding gums ವಸಡಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ		
Orthopaedic Defects ಎಲಿಫಾಂಟಾಸಿಸ್			
Postural Defects ಧಂಗಿದೋಷ			
Mental Defects ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆ			
Speech Defects ಮಾತನಾಡುವ ತೊಂದರೆ			
Laboratory Findings ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ			
II. Medical Advice** ವೈದ್ಯಕೀಕ			
To the pupil ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗೆ			
To the Teacher ಉಪಾಧ್ಯಾಯರಿಗೆ			
To the parent ಪೋಷಕರಿಗೆ			
Signature of Medical Officer ವೈದ್ಯಕೀಕ ರಾಜು			

Note:—of skin, Lymph glands, Alimentary system, Respiratory system, Cardio vascular system, Nervous system, and conditions like hydrocele, hernia, phimosis, enlarged spleen, liver etc. Please enter only the defect detected.

****To clearly mention the referral services, if any, advise and fill up the referral/intimation card.**

ಚರ್ಚೆ, ಜಿಣಾಂಗ, ಶ್ಯಾಸಕಾಂಗ, ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ, ನರಮಂಡಲ, ಹೈಡ್ರೋಸಿಸ್, ಹರ್ಮಿಯಾ, ಪೈಮೋಸಿಸ್" ಸ್ಪೀಚ್ ಮತ್ತು ಯಕೃತ್ ದೋಷ ಮುಂತಾದ ಸ್ಥಿತಿಗಳು. ಕಂಡದ್ದು(ಜಗಳನ್ನು) ವಾತ ನಡೆದಿದೆ.

ವೈದ್ಯಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಬೇಕಾದ ಸಲಹೆ ಇದ್ದರೂ) ಸೂಚಿತ ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಡ್‌ನ್ನು ತಿಳಿಸಿ.

GROWTH RECORD

ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿವರ

ONWARDS		ONWARDS	
60	150.0	55	129.3
59	147.5	57	125.4
58	145.0	53	121.0
57	142.5	53	116.3
56	140.0	51	112.7
55	137.5	49	107.8
54	135.0	47	103.4
53	132.5	45	99.0
52	130.0	43	94.6
51	127.5	41	90.2
50	125.0	39	85.8
49	122.5	37	81.4
48	120.0	35	77.0
47	117.5	33	72.6
46	115.0	31	68.2
45	112.5	29	63.8
44	110.0	27	59.4
43	107.5	25	55.0
42	105.0	23	50.6
41	102.5	21	46.2
40	100.0	19	41.8
Inch.	Cms.	Kgs.	Lbs.
Date/ತಾರೀಖು		Note: Height (ಎತ್ತರ)	
Age/ವಯಸ್ಸು		Full line (ಗರಿ)	
Height/ಎತ್ತರ		Weight (ತೂಕ)	
Weight/ತೂಕ		dotted (ಬಿಡುಗಡೆ)	
ಎಡೆಯ ಮತ್ತೆಳೆ	- ಉಸಿರು ಎಳೆದು - ಕೊಂಡಾಗ - ಉಸಿರು ಬಿಟ್ಟಾಗ		

(1) To be Recorded at every 3 months Interval

ಪ್ರತಿ 3 ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ

(2) Both the graphs to be noted from left side only

ಎರಡು ಗ್ರಾಫ್ ಗಳನ್ನು ಎಡೆಗಡೆಗಿನಿಂದಲೇ ಕಾಣಿಸಿ ದಾಖಲಿಸಿ

		I	II	III
I Immunisation ನಿರೋಧಕವುಳ್ಳ ಮದ್ದು	1. Small-pox ನಿಡುಬು			
	2. D & T ದಿಫ್ತರಿಯಾ ಮತ್ತು ತಟವನಾ			
	3. B. C. G. ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ.			
II Referral services ಸೂಚಕ ವೈದ್ಯ ನೌಕರರು	1. Specialist ತಜ್ಞರ ಪರಿಣಿ			
	2. Laboratory ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲೆ			
	3. X-Ray ಎಕ್ಸ್‌ರೇ			
	4. Other tests ಇತರ			
III Treatment ಚಿಕಿತ್ಸೆ	1. School ಶಾಲೆ			
	2. Pvy. Health Centre ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ			
	3. Hospital ಆಸ್ಪತ್ರೆ			
	4. Other places ಇತರ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ			
IV Follow up ಮುಂದುವರಿಸಿಕೆ	IV Follow up ಮುಂದುವರಿಸಿಕೆ			

ANNEXURE IV.

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

SCHOOL HEALTH SURVEY

Name of the P. H. C.....	District.....
Name of the village.....	Date of visit.....
Type of Institution :	Primary/Up-graded Primary School
Staff : Number of Teachers	Men Women Total
Pupils :	Boys Girls Total
Betterment Committee :	Working/not working
Building :	Government/Private/rented/others
Type of Roof :-	Thatched/ tiled/ mud/stone/RCC
Walls :	Mud/ Stone/ Brick
Whether white washed :	Yes/No.
Flooring :	Mud/cow dung washed/Cuddapa slab/Mortar/Cement
Square area :	Adequate/Inadequate
Window :	No. Square area
Doors :	No. Square area
Urinals :	No.
Latrine :	No. Type
Seating arrangements :-	Floor/Planks/Benches/Desks If desks are provided, whether they are of proper size to suit the children.
Black Board :	Position proper or improper :
Water supply :	Well/Tap/Others..... How far is it from the school?
Play ground :	Yes/No.
Games played :	Indoor : Outdoor :
Drill classes held (Physical culture)	Yes/No. How often?
Health subjects taught :	
No. of periods per week :	
Mid-day lunch programme :	Yes/No.
Type of lunch :	
No. of beneficiaries :	
Uniforms for pupils provided or insisted :	Yes/No.
Medical Inspection programme :	Yes/No.
If yes, how often ?	By whom?
Any First Aid facility in the school	

ಡಿಪಾರ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್.

(ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ)

ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ.

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ :	...	ಬೆಳ್ಳೆ :	
ಗ್ರಾಮದ ಹೆಸರು :	...	ಭೇಟಿಯ ತಾರೀಖು :	
ಯಾವ ಶಾಲೆ :	...	ಪ್ರಾಥಮಿಕ/ಅಪ್‌ಗ್ರೇಡ್ ಪ್ರಮಾಣಿ :	
ಸಿಬ್ಬಂದಿ : ಉಪಾಧ್ಯಾಯರು :	...	ಗಂಡನರು :	ಹೆಂಗಸರು :
ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು :	...	ಹುಡುಗರು :	ಹುಡುಗಿಯರು :
ಬೆಟರ್‌ಮೆಂಟ್ ಕಮಿಟಿ :	...	ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ/ಇಲ್ಲ	
ಕಟ್ಟಡ :	...	ಸರ್ಕಾರಿ/ಪಾಸಗಿ/ಬಾಡಿಗೆ/ಇತರೆ	
ಮೇಲ್ವಾರ್ಡ್ :	...	ತಡಿತ/ಹೆಂಡ್/ಮಣ್ಣು/ಕಲ್ಲು/ಕಾಂಕ್ರೀಟ್	
ಗೋಡೆ :	...	ಮಣ್ಣು/ಕಲ್ಲು/ಇಟ್ಟಿಗೆ	
ನುಣ್ಣು ಹಚ್ಚಿದೆಯೆ :	...	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
ನಲ :	...	ಮಣ್ಣು/ನಗಣಿ/ಕಡಪಾಕಲ್ಲು/ಗಾರೆ/ಸೀಮೆಂಟ್	
ಸ್ಥಳಾವಕಾಶ :	...	ನಾಕು/ನಾಲದು	
ಕಿಟಕಿ :	...	ನಂಬೆ :	ಸರೆ :
ಬಾಗಿಲು :	...	ನಂಬೆ :	ಸರೆ :
ಮೂತ್ರಿಗಳು :	...	ನಂಬೆ :	
ಕಕ್ಕನು :	...	ನಂಬೆ :	ಮಾದರಿ :
ಕೂರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ :	...	ನಲ/ಮಣ್ಣು/ಬೆಂಡು/ಡೆಸ್ಕ್	
ಫ್ಲೂಜಿಗೆ :	...	ಡೆಸ್ಕ್‌ಗಳಿದ್ದರೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಿದೆಯೇ/ಇಲ್ಲವೇ	
ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯ :	...	ಸರಿಯಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿದೆಯೇ/ಇಲ್ಲವೇ	
ಅಳಿದ ಮೈದಾನ :	...	ಬಾವಿ/ಕೊಳಾಯಿ/ಇತರೆ	
ಅಡುವ ಅಟಗಳು :	...	ಶಾಲೆಗೆ ಎಷ್ಟು ದೂರದಲ್ಲಿದೆ	
ಡ್ರಿಂಕ್‌ವಾಟರ್ :	...	ಇದೆ/ಇಲ್ಲ	
ಭೋದಿಸುತ್ತಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಪಾಠಗಳು :	...	ಶಾಲೆಯ ಒಳಗಡೆ	
ವಾರಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಗಂಟೆ :	...	ಮೈದಾನದಲ್ಲಿ (ಹೊರಗಡೆ)	
ಶಾಲಾ ಉಪಹಾರ :	...	ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ/ಇಲ್ಲ	
ಉಪಹಾರದ ವಿವರ :	...	ಎಷ್ಟು ದಿನಕ್ಕೊಂದಾವರ್ತಿ	
ಎಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತಿದೆ :	...		
ನಮವಸ್ತ್ರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿದ ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯ ಪಡಿಸಲಾಗಿದೆ :	...	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಯುತ್ತದೆಯೇ :	...	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
ಹಾಗಾದರೆ ಎಷ್ಟು ನಲ :	...	ಮಾಡಿದ	
ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಾಲಭ್ಯವೇನಾದರೂ ಇದೆಯೇ :	...		

ANNEXURE VI.

PRO FORMA

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

School Health Programme

MONTHLY PROGRESS REPORT

A. General :—

1. Name of P. H. C.....District.....Month of report.....196 .
2. Population of PHC (mid-year estimated)
3. Population of schoolgoing age : (6-16 years) (Pri., Middle and High)
4. a) No. of Primary schools in the PHC.....No. of children
- b) No. of schools selected ..No. of children

B. Medical Care :—

No. included
for the year

Upto this
month

During
this
month

Children examined by doctor ...

Children found defective ...

No. of Children followed up for defects ...

Defects/deformity corrected ...

Spectacles/hearing aids supplied ...

School teacher examined ...

C. Immunisations :—

Children vaccinated against Smallpox ...

Children given BCG Inoculation ...

Children given D. & T. Inoculation ...

1) Primary immunisation ...

2) Booster Dose ...

Children given T.A.B. ...

Children given other immunisation (specify) ...

D. School Health Records :—

Cumulative Health records opened ...

E. School Health Instruction :—

No. of teachers prepared for H. Instruction ...

No. of local meetings (parents, teachers and others) ...

No. of schools visited by the Health workers ...

F. Mid-day meals :—

Schools with school lunch ...

G. School Environment :— (among the selected schools)

No. of schools with adequate safe drinking water ...

.. with sanitary latrines and urinals ...

No. of schools having first aid kits ...

H. Stock of Vaccine D & T. :—

Stock at the commencement of the month ...

Received during the month ...

Total ...

Spent during the month ...

Balance on hand ...

ಡಿಪಾರ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್
ಶಾಲಾಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ
ಸ್ವತಂತ್ರ ಅಂಗ ಪ್ರಗತಿಯ ವರದಿ

(ಎ) ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿಭಾಗ :-

	ಜಿಲ್ಲಾ	ಅಂಗಳು
1. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ		
2. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ಜನಸಂಖ್ಯೆ (ಮಧ್ಯ ವರ್ಷದ ಅಂದಾಜು)		
3. ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ (6 ರಿಂದ 16 ವರ್ಷದವರೆಗೆ) ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ಹಿರಿಯ		
4. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಶಾಲೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ		
ಅರಿಸಿದ ಶಾಲೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ.....	ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ.....	

(ಬಿ) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯ :-

	ವರ್ಷದಲ್ಲ ಪರಿಕ್ಷಿಸಿದ ಬೇಕಾದ ಸಂಖ್ಯೆ	ಈ ಅಂಗಳವರೆವಿಗು ಪರಿಕ್ಷಿಸಿದ ಸಂಖ್ಯೆ	ಈ ಅಂಗಳಲ್ಲ ಪರಿಕ್ಷಿಸಿದ ಸಂಖ್ಯೆ
ಪರಿಕ್ಷಿಸಿದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು	...		
ನೂನಕೆ ಇದ್ದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು	...		
ನೂನಕೆಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಮುಂದುವರಿಸಿದ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	...		
ನೂನಕೆ ಏಕಲತೆಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಿದವರು	...		
ಕನ್ನಡಕ-ಕಿವಿಗೆ ಕೇಳುವ ಸಲಕರಣೆ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ	...		
ಪರಿಕ್ಷಿಸಿದ ಉಪಾಧ್ಯಾಯರು	...		

(ಸಿ) ಚುಟ್ಟು ಮುದ್ದು :-

ದೇವಿ ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡವರು	...
ಬಿ.ಸಿ.ಬಿ. ಚುಟ್ಟು ಮುದ್ದು ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡವರು	...
ಡಿ. ಬಿ. ಇನಾಕ್ಯುಲೇಷನ್	...
(ಎ) ಪ್ರಥಮ	...
(ಬಿ) ಪ್ರವರ್ಧಕ	...
ಜಿ. ಎ. ಬಿ. ಚುಟ್ಟು ಮುದ್ದು ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡವರು	...
ಇತರೆ ಚುಟ್ಟು ಮುದ್ದು (ಯಾವುದೇಂದು ನೋಡಿ)	...

(ಡಿ) ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೆಕಾರ್ಡ್ :-

ಕ್ಯಾಮುನೀಟಿವ್ ಹೆಲ್ತ್ ರಿಕಾರ್ಡ್ ಕರೆದಿದ್ದು	...
--	-----

(ಇ) ಶಾಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ :-

ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದಲ್ಲ ತರಬೇತಿ ಹೊಂದಿದ ಉಪಾಧ್ಯಾಯರುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	...
ಸ್ಥಳೀಯ ಸಭೆಗಳು (ಪೋಷಕ ಉಪಾಧ್ಯಾಯ ಮತ್ತಿತರ)	...
ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯವರು ಭೇಟಿ ಕೊಟ್ಟ ಶಾಲೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	...

(ಎಫ್) ಮಧ್ಯಾಹ್ನದ ಉಪಹಾರ :-

ಉಪಹಾರ ಕೊಡುತ್ತಿರುವ ಶಾಲೆ	...
------------------------	-----

(ಜಿ) ಶಾಲಾ ನೈರ್ಮಲ್ಯ :- (ಅರಿಸಿದ ಶಾಲೆಗಳಲ್ಲಿ)

ಯೋಗ್ಯ ನೀರಿನ ಸೌಕರ್ಯವಿರುವ ಶಾಲೆಗಳು	...
ಮೂತ್ರ ಮಿಶ್ರಣ ಕಕ್ಕುಗಳ ಸೌಕರ್ಯವಿರುವ ಶಾಲೆಗಳು	...
ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಲಕರಣೆ ಪಡೆದ ಶಾಲಾ ಸಂಖ್ಯೆ	...

(ಹೆಚ್) ಚುಟ್ಟು ಮುದ್ದು ದಾಸ್ತಾನು :-

ಈ ಅಂಗಳಲ್ಲ ಇದ್ದದ್ದು	...
ಅರಿಸಿಕೊಂಡದ್ದು	...
ಒಟ್ಟು	...
ಉಪಯೋಗಿಸಿದ್ದು	...
ಉಳಿದಿರುವುದು	...

ಡಿಪಾರ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್
(ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ)

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ,.....
ತಾರೀಖು.....

ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ--ಉಪಾಧ್ಯಾಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸುವಿಕೆ

ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯರಿಗೆ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ

ಶಾಲಾಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಕೈಕೊಳ್ಳಲು ನಿಮ್ಮ ಶಾಲೆಯನ್ನು ಈ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿರುವುದು ತಿಳಿಸಲು ಹರ್ಷಿಸುತ್ತೇವೆ. ಇದರ ಅಂಗವಾಗಿ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಲು ಬಯಸುತ್ತೇವೆ. ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುವ ವೈದ್ಯರು ತಾ||ಅಂದು ಅದಕ್ಕಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ಶಾಲೆಗೆ ಭೇಟಿ ಕೊಡುವರು. ಈ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸುಲಲಿತವಾಗಿ ನಡೆಸಲು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಂಶಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಸಹಕಾರ ಕೋರಲಾಗಿದೆ.

- (1) ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲು ಸ್ಥಳಾವಕಾಶ.
- (2) ಶಾಲಾಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರಗಳ ತೇಜಿಯನ್ನು ಇಡಲು ಇತರ ಉಪಾಧ್ಯಾಯರ ಸಹಕಾರ.
- (3) ಪ್ರತಿದಿನ ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಲು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಹಂಚಿಕೆ ವಿವರ.
- (4) ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಆ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯ ತಂದೆ ತಾಯಿಗಳು ಹಾಜರಿರಲು ತಿಳಿಸುವುದು.
- (5) ಈ ಯೋಜನೆಯ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಲು ಪೋಷಕರ ಸಭೆ ಏರ್ಪಡಿಸುವುದು.

ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ನಿಮಗೆ ವಿಶದಪಡಿಸಲು ನಿಮ್ಮ ಶಾಲೆಗೆ ಸದ್ಯದಲ್ಲೇ ಸ್ಕೂಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಅನಿಸ್ಟೆಂಟ್ ಭೇಟಿ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ.

ಆದ್ದರಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಶಾಲಾಮಕ್ಕಳ ಹಿತದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಈ ಯೋಜನೆಯು ಮಹತ್ವ ವಾದ್ದರಿಂದ ಇದರಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಸಹಕಾರ ಕೋರಲಾಗಿದೆ.

ಇತಿ ನಿಮ್ಮ ಹಿತೈಷಿ

ಡಿಪಾರ್ಟ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್
(ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಶಾಖೆ)

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ.....

ತಾರೀಖು.....

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ—ನ್ಯೂನತೆಗಳ ಪ್ರಕಟಣೆ

ಬಿ||..... /ಪೋಷಕರಿಗೆ

ಶ್ರೀ ಶ್ರೀಮತಿ.....

ಅವಾಗಿ.....ಶಾಲೆಯಲ್ಲಿ..... ತರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಓದುತ್ತಿರುವ ನಿಮ್ಮ
ಜಿ||.....ಗೆ..... ಈ ನ್ಯೂನತೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗಮನದ ಅವಶ್ಯಕತೆ
ಇದೆಯೆಂದು ತಿಳಿಸಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ಆದ್ದರಿಂದ, ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಮಗುವಿನ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮ್ಮ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸಹಕಾರವೀಯಬೇಕಾಗಿ
ವಿನಂತಿ.

ಮಂಡಿಕಲ್ ಅಫೀಸರ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್.

ಮುಖ್ಯೋಪಾಧ್ಯಾಯರು.

(School Health Section)

ಪ್ರೌಢ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಮುಂದುವರಿಕೆ

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ

WD P 0664—GBP—2,000 bks of 20 slts. each—3-9-66

COM H 15.28



Clinic	Child's no.
Child's name	
Boy/Girl	
Mother's name	Registration No.
Father's name	Registration No.
Date first seen	Birthday-birthweight
Where the family live: address	

Year of birth	Boy/Girl	Remarks
		BANGLADESH GOVERNMENT OFFICE 1000 Road Marks Road CELL 18/2/82

Com	15.2
-----	------

Reasons for special care

Birth-1 year

1-2 years

2-3 years



Kg

Kg

16

16

15

15

14

14

13

13

12

12

11

11

10

10

9

9

8

8

7

7

6

6

5

5

4

4

3

3

2

2

1

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Upper Line: 50th centile Boys

Lower Line: 3rd centile Girls

(International Children's Centre Study, U.K. Children)

Further information: TALC, Institute of Child Health,

London, WC1N 1EH

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36

Hospital (Stamp)

MATERNITY RECORD

F. F. No.
Ind. No.

Name of Woman Address Gravida Blood Group Rh
 W/o, D/o Parity L. M. P. VDRL
 Head of household Rel. to Head Living E. D. C.

(1) Initial Physical Examination

Date

(2) Antenatal Record

System	Normal	Abnormal, specify	Date	Wt.	Edema	Urine		B.P.	H.B.	Girth	Ht / Fundus	Fetal Heart	Position	Remarks / Recommendations	Exam. by
						Sugar	Alb.								
Skin															
Eyes															
E.N.T.															
Teeth															
Neck															
Heart															
Lungs															
Breasts															
Liver															
Spleen															
Abdomen															
Extremities															
Pelvic Exam.															
General Physical Condition :		Past illnesses :													

F. F. No.....

Ind. No.

(3) Dietary & Nutritional Status	(5) Delivery	(6) Newborn																														
	Place: Hospital..... Home By whom attended : Type of Delivery . Presentation : Complications : <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="550 464 859 499">Summary of Labour :</th> <th data-bbox="859 464 946 499">Date</th> <th data-bbox="946 464 1033 499">Hour</th> <th data-bbox="1033 464 1120 499">Minute</th> <th data-bbox="1120 464 1391 511">Length of—</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="550 499 859 535">Arrival of N/ANM</td> <td data-bbox="859 499 946 535"></td> <td data-bbox="946 499 1033 535"></td> <td data-bbox="1033 499 1120 535"></td> <td data-bbox="1120 499 1391 535">1st stage :</td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 535 859 570">Commencement of labour</td> <td data-bbox="859 535 946 570"></td> <td data-bbox="946 535 1033 570"></td> <td data-bbox="1033 535 1120 570"></td> <td data-bbox="1120 535 1391 570">2nd stage :</td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 570 859 605">Rupture of Memb :</td> <td data-bbox="859 570 946 605"></td> <td data-bbox="946 570 1033 605"></td> <td data-bbox="1033 570 1120 605"></td> <td data-bbox="1120 570 1391 605">3rd stage .</td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 605 859 640">Birth of Baby :</td> <td data-bbox="859 605 946 640"></td> <td data-bbox="946 605 1033 640"></td> <td data-bbox="1033 605 1120 640"></td> <td data-bbox="1120 605 1391 640">Total ...</td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 640 859 676">Birth of Placenta .</td> <td data-bbox="859 640 946 676"></td> <td data-bbox="946 640 1033 676"></td> <td data-bbox="1033 640 1120 676"></td> <td data-bbox="1120 640 1391 676"></td> </tr> </tbody> </table>	Summary of Labour :	Date	Hour	Minute	Length of—	Arrival of N/ANM				1st stage :	Commencement of labour				2nd stage :	Rupture of Memb :				3rd stage .	Birth of Baby :				Total ...	Birth of Placenta .					Live. born . Yes / No Single / Multiple Male / Female Maternity . Birth-weight : CH Length : H. C. C. C. Birth injuries : Congenital Malformations : Gen. Condition of baby :
Summary of Labour :	Date	Hour	Minute	Length of—																												
Arrival of N/ANM				1st stage :																												
Commencement of labour				2nd stage :																												
Rupture of Memb :				3rd stage .																												
Birth of Baby :				Total ...																												
Birth of Placenta .																																
(4) Pelvic Measurement (Only for first F. T. Delivery) Inter Spinous Inter Cristal External Conjugate Transverse at outlet	Postpartum Physical Examination : General Condition of Mother :	Record filled by : Date : Checked by : Date :																														

M.C.H. FORM.....1.....

Corporation/Municipality/.....
Zila Parishad
Panchayat Union

MATERNITY RECORD

(Enter clinic visits in red ink and home visits in blue ink)

Card No. 100-100000-100000 Date of first contact 10/10/10

Name		Age		Parity	
------	--	-----	--	--------	--

Occupation _____

Address _____

Husband's name _____ Occupation _____ Family Income _____

Home: No. of rooms _____ No. of occupants. Adults _____, Children under 14 year _____

	Water supply	Latrines
--	--------------	----------

PAST OBSTETRICS HISTORY

[illegible]

HISTORY OF PAST ILLNESSES

FAMILY PLANNING KNOWLEDGE AND PRACTICE

PRESENT PREGNANCY—GENERAL EXAMINATION

General Nutrition _____	Vaginal discharge _____
Tongue _____	Heart _____
Teeth _____	Lungs _____
Pyorrhoea _____	N. System _____
Anaemia _____	Liver _____
Cervical Glands _____	Spleen _____
Breasts _____	Measurements _____
Varicose veins _____	I. C. _____
Bowels _____	I. S. _____
Ext. Genitalia _____	E. C. _____
	T. R. _____

OBSTETRIC EXAMINATION.

L. M. P.

Date	Weight	Urine		Oedema	B. P.	Hb.	Ht. of fundus	Position	Foetal heart	Presenta-tion	Initial of examiner
		Alb.	Sugar								

PROGRESS NOTES.

Date	Diet, Observations and complaints	Advice and treatment

Laboratory tests, if any—

For Hospital/Home confinements _____ Booking arranged for.

HISTORY OF LABOUR

Place _____

Date _____

Time Dr./midwife called _____ Patient's condition _____

Temperature _____ Pulse _____ Resp. _____ Urine _____

Presentation _____ Position _____ Engagement _____ F. H. _____

Membranes-Intact _____ Raptured when? _____

Course of Labour:

Date	Time	F. H.	Mother's pulse	Temperature	Uterine contractions	Engagement	Remarks

Treatment	Date	Time	Results
Enema given			
Catheterised			
Vaginal examination (reason)			
Drugs given			

SUMMARY OF LABOUR

	Date	Hour	Minutes	
Arrival of midwife				Length of 1st Stage _____
Commencement of Labour				Length of 2nd Stage _____
Rupture Membranes				Length of 3rd Stage _____
Birth of Baby				Total duration _____
Birth of placenta				

Placenta & Membranes complete _____ Incomplete _____

P P. H. _____ Perineum _____ Care given _____

Time of departure of midwife _____

Condition of baby at birth alive/still born Macerated _____ Sex _____ Birth Weight _____

Congenital defects, if any _____

Condition on departure of midwife/doctor Mother _____ Baby _____

Mother delivered by _____

Signature _____

PUERPERIUM

MOTHER.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Day/Date	Pulse	Temperature	Lochia	Height of fundus	Breasts	Bowels	Urine	Treatment	Remarks
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

BABY.

Day	Eyes	Mouth	Cord	Stools	Urine	Feeds	Weight
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

POST-NATAL RECORD.

Date	Urine	B. P.	H. B.	Breast	Lactation	Uterus & adnexae	General health

F. P. advice and Card No.

Infant Card No.

Signature _____

Card closed on

Health Visitor/Public Health Nurse.

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
(Centre for Community Medicine)
National Service Scheme
CHILD IMMUNISATION RECORD

Name of child _____ Date of birth _____ Age _____ Sex _____

Father's Name _____ Address _____

Small Pox		BCG	POLIO				DPT				OTHERS
Pri	Re		I	II	III	B	I	II	III	B	

State of health & Weight _____

वर्णों के टीके

—टी.पी.सी. (टी.पी. सी वर्णों का टीका)

—वैयक का टीका

—टी.पी.टी. (टीन टीक) (आली खाली, टैगस, विपक्षितिया से
वर्णों के लिए) एक महीने में एक टीका पोखियो (टीन टीके
महीने खाली पोने की एक महीने में एक बार

—टी.पी.टी. और पोखियो का एक टीका (वैयक)

—वैयक का टीका वैयक, टी.पी.टी. का टीका वैयक

० - एक महीने

० - ३ मास

०, ५, ३ मास से

१ = मास

पाँच वर्ष

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಡ್

Government of Karnataka
M. C. H. CARD

12.38

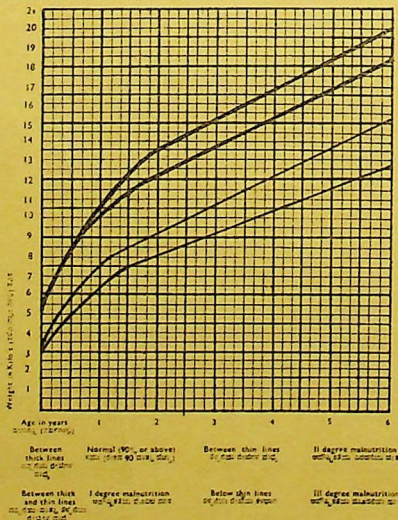
Name of Child :		Name of Father :	
ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾಯಿಯ Date Neo-Natal	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾಯಿಯ Date Neo-Natal
ಚಿಕ್ಕ ಚುಚ್ಚು, ಬುದ್ಬು Small Pox Vaccination		ಚಿಕ್ಕ ಚುಚ್ಚು, ಬುದ್ಬು Small Pox Vaccination	
ಪೊಲಿಯೋ ಬುದ್ಬುಗಳು Polio drops	1st Dose	ಪೊಲಿಯೋ ಬುದ್ಬುಗಳು Polio drops	1st Dose
	2nd Dose		2nd Dose
	3rd Dose		3rd Dose
	4th Dose		4th Dose
	5th Dose		5th Dose
	6th Dose		6th Dose
	7th Dose		7th Dose
	8th Dose		8th Dose
	9th Dose		9th Dose
	10th Dose		10th Dose
	11th Dose		11th Dose
	12th Dose		12th Dose
	13th Dose		13th Dose
	14th Dose		14th Dose
	15th Dose		15th Dose
	16th Dose		16th Dose
	17th Dose		17th Dose
	18th Dose		18th Dose
	19th Dose		19th Dose
	20th Dose		20th Dose
	21st Dose		21st Dose
	22nd Dose		22nd Dose
	23rd Dose		23rd Dose
	24th Dose		24th Dose
	25th Dose		25th Dose

ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಉಪಕರಣ IMUNIZATION RECORD

ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು

Name of Father :

GROWTH CHART (1 to 5 years)



1 ಗುರುತಿಸುವ ವಿವರಗಳು

2 ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ

3 ಗರ್ಭಿಣಿ/ಬಾಣಂತಿಯ ಹೆಸರು

4 ಗಂಡನ ಹೆಸರು

5 ಗರ್ಭಿಣಿಯ/ಬಾಣಂತಿಯ ವಾಸಸ್ಥಳ

6 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು

7 ಹಳ್ಳಿಯ ಹೆಸರು

8 ದಂಪತಿಗಳ ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ

9 ವಾಸಸ್ಥಳದ ವಿವರ

10 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

11 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

12 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

13 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

14 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

15 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

16 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

17 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

18 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

19 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

20 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

21 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

22 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

23 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

24 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

25 ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವಿವರ

Identification Data

1 Serial Number

2 Name of ANC/PNC

3 Name of Husband

4 Place of Residence

5 Place of Service

6 Type of Service-centre

7 Name of ANM/LHV

8 Phase of Registration

9 Age of ANC/PNC

Ante-Natal History

10 Date of ANC Registration

11 Month of Pregnancy

12 Total number of live births

13 Total number of living children

14 Total number of Still births

15 Total number of Abortions

Post Natal History

16 Date of PNC Registration

17 Date of Delivery

18 Result of Pregnancy

19 Type of Delivery

20 Neo-Natal Condition

21 Place of Delivery

22 Sex of the Child

23 Delivery conducted by

24 If ANC is migrated to other place code '1'. If Maternal death code '2'.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

INFANT REVISITS

[illegible]

ಶಿಶುವಿನ ಹೆಸರು
Name of Child

ತಂದೆಯ ಹೆಸರು
Name of Father

ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ	
Infant Death	
ದಿನಾಂಕ	
Date	
ಕಾರಣ	
Cause	
ವಯಸ್ಸು	
Age	
ಸೆಕ್ಸ್	
Sex	

Give Special Attention to eyes, Mouth, cord, Stool, Urine and feeds during neo-natal period.

[illegible]

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ಆಯು ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಡ್

ANC PNC INF

ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date	ತಾರೀಖು Date	ತಾರೀಖು Date	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date ಮೊದಲನೆಯ 1st	ತಾರೀಖು Date ಎರಡನೆಯ 2nd	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date
ದೊಡ್ಡ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು Small Pox Vaccination	ನಿಯೋನೇಟಲ್ Neo-Natal	ಪಿ.ವಿ. P.V.	ಆರ್.ವಿ. R.V.	ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ. D.P.T.			ಟೈಫಾಯ್ಡ್ Typhoid	
ಪೋಲಿಯೋ ಬಿಂದುಗಳು Polio drops	ಮೊದಲನೆಯ 1st Dose	ಎರಡನೆಯ 2nd Dose	ಮೂರನೆಯ 3rd Dose	ಡಿ ಮತ್ತು ಟಿ D & T			ಕೊಲೆರಾ Cholera	
				ಬೂಸ್ಟರ್ ಬೋಸ್ಟರ್ Booster Dose			ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. B.C.G.	

ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರ ಪರಿಶೀಲನೆ
Remarks by the Supervisor

1. ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ
2. ಗರ್ಭಿಣಿ/ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
3. ಗಂಡು/ಹೆಣ್ಣು
4. ಗರ್ಭಿಣಿಯ / ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
5. ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ವಾಸವಾಗಿರುವ ಸ್ಥಳ (ಉಪವಿಭಾಗ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸ್ಥಳ)
6. ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಮಾಡಿದ ಸ್ಥಳ
7. ದಾಖಲೆ/ಆರೋಗ್ಯ ಸಂರಕ್ಷಣೆಯ ಹೆಸರು
8. ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಮಾಡಿದ ಸಮಯ
9. ಗರ್ಭಿಣಿ/ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
10. ಜನನ ಪೂರ್ವದ ವಿವರ
11. ಗರ್ಭಿಣಿಯನ್ನು ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಮಾಡಿದ ತಾರೀಖು
12. ಸಜ್ಜೆ/ಪ್ರಸವದ ದಿನಾಂಕ
13. ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ಜನಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ
14. ನಿಜವಾದ ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
15. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
16. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
17. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
18. ಗರ್ಭಿಣಿಯನ್ನು ರಿಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್ ಮಾಡಿದ ತಾರೀಖು
19. ಪ್ರಸವದ ದಿನಾಂಕ
20. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
21. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
22. ಮಗುವು ಗಂಡು/ಹೆಣ್ಣು?
23. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
24. ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಪ್ರಸವ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ

A. N. C.

ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಪ್ರಸವ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ
ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
ಜನನದ ದಿನಾಂಕ

CONCERNED ANM

EXPECTED DATE OF DELIVERY
ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾದ ದಿನಾಂಕ

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಡ್

ANC PNC INF

ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ರಿಕಾರ್ಡ್ IMMUNIZATION RECORD ಮಗುವಿನ ಹೆಸರು Name of the Child

ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date	ತಾರೀಖು Date	ತಾರೀಖು Date	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date	ತಾರೀಖು Date	ತಾರೀಖು Date	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date
ಹೊಂಟು ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು Small Pox Vaccination	ನಿಯೋನೇಟಲ್ Neo-Natal	ಹಿ.ವಿ. P. V.	ಆರ್.ವಿ. R. V.	ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ. D. P. T.				ಟೈಫಾಯಿಡ್ Typhoid	
ಪೋಲಿಯೋ ಬಿಡುಗಡೆಗಳು Polio drops	ಮೊದಲನೆಯ 1st Dose	ಎರಡನೆಯ 2nd Dose	ಮೂರನೆಯ 3rd Dose	ಡಿ ಮತ್ತು ಟಿ D & T				ಕೊಲೆರಾ Cholera	
				ಬೂಸ್ಟರ್ Booster Dose				ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. B. C. G.	

ಮೇಲ್ವಿಚಾರಕರ ಪರಿಶೀಲನೆ
Remarks by the Supervisor

1. ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ
2. ಗರ್ಭಿಣಿ/ಜನನದ ಸಂದರ್ಭ
3. ಗಂಡು/ಹೆಣ್ಣು
4. ಗರ್ಭಿಣಿಯ / ಜನನದ ಸಂದರ್ಭ
5. ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ವಾಕ್ಸಿನೇಷನ್ ಸ್ಥಳ (ಉಪಬಂಧ ನೀಡಿದ ಸ್ಥಳ)
6. ರಿವಾಕ್ಸಿನೇಷನ್ ಸ್ಥಳ
7. ದಾರಿದ್ರ್ಯ/ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭಗಳು
8. ರಿವಾಕ್ಸಿನೇಷನ್ ಸಂದರ್ಭ
9. ಗರ್ಭಿಣಿ/ಜನನದ ಸಂದರ್ಭ
10. ಗರ್ಭಿಣಿಯನ್ನು ರಿವಾಕ್ಸಿನೇಷನ್ ಮಾಡಿದ ತಾರೀಖು
11. ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಎಷ್ಟು ತಿಂಗಳು ತುಂಬಿದವು
12. ಸಹಜವಾಗಿ ಜನಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳು
13. ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ಜನಿಸಿದ ಮಕ್ಕಳು
14. ನಿರ್ಜೀವವಾಗಿ ಹುಟ್ಟಿದ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ
15. ಜನ್ಮ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಸಂಖ್ಯೆ
16. ಜನನದ ಸಂದರ್ಭದ ವಿವರ
17. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
18. ಜನನದ ಸಂದರ್ಭದ ವಿವರ
19. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
20. ಜನನದ ಸಂದರ್ಭದ ವಿವರ
21. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
22. ಜನನದ ಸಂದರ್ಭದ ವಿವರ
23. ಜನನದ ದಿನಾಂಕ
24. ಜನನದ ಸಂದರ್ಭದ ವಿವರ

ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಪ್ರಾ. ಆ. ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರದೇಶದ
ಜೊಳಗೆ ನುಸು ಹೋದರೆ ಕಾರ್ಡನ್ನು
ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಾಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿ.

COMMUNITY HEALTH CELL
47/1, (First Floor) St. Marks Road
BANGALORE - 560 001

A. N. C.

IF TRANSFERRED WITHIN THE
AREA TRANSFER THE CARD TO
CONCERNED ANM
.....

EXPECTED DATE OF DELIVERY

ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ರಿಕಾರ್ಡ್ IMMUNIZATION RECORD

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

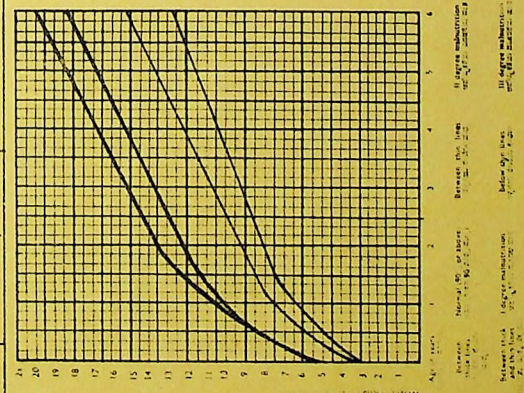
Name of Child :

ತಂದೆಯು ಹೆಸರು

Name of Father :

ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immunizations	ತಾರೀಖು Date Neo-Natal	ತಾರೀಖು Date P. V.	ತಾರೀಖು Date R. V.	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immuniza- tions	ತಾರೀಖು Date ಮೊದಲನೆಯ Ist	ತಾರೀಖು Date ಎರಡನೆಯ IInd	ರೋಗ ನಿರೋಧಕಗಳು Immuniza- tions	ತಾರೀಖು Date
ದೊಡ್ಡ ಚಿಟ್ಟೆ ಮದ್ದು Small Pox Vaccination				ಡಿ. ಪಿ. ಟಿ. D. P. T.			ಟೈಫಾಯಿಡ್ Typhoid	
ಪ್ಲೋಲಿಯೋ ಬಿಂದುಗಳು Polio drops	ಮೊದಲನೆಯ Ist Dose	ಎರಡನೆಯ IInd Dose	ಮೂರನೆಯ IIIrd Dose	ಡಿ ಮತ್ತು ಟಿ D & T			ಕೊಲೆರಾ Cholera	
				ಬೂಸ್ಟರ್ ಮೋಷ್ Booster Dose			ಬಿ. ಸಿ. ಜಿ. B. C. G.	

GROWTH CHART (1 to 5 years)



INFANT REVISITS

[illegible]

ಶಿಶುವಿನ ಹೆಸರು
Name of Child

ತಂದೆಯ ಹೆಸರು
Name of Father

ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ
Infant Death
ದಿನಾಂಕ Date
ಕಾರಣ Cause
ವಯಸ್ಸು Age
ಸೆಕ್ಸ್ Sex

[illegible]

माताओं को सलाह

- अपने स्वस्थ बच्चे को भी प्रति मास विकास की जाँच के लिए तीन वर्ष की आयु तक बाल स्वास्थ्य केन्द्र पर लायें।
- विमारियों से बचाव के लिए बताए हुए टीके अवश्य लगवायें, कोई परेशानी होने पर डाक्टर को अवश्य बतायें।
- स्वास्थ्य केन्द्र या अस्पताल बच्चे को लाते समय यह स्वास्थ्य पत्र लाना न भूलें।
- जब तक सम्भव हो या कम से कम दो वर्ष तक बच्चे को माता का दूध पिलायें।
- चौथा मास शुरू होते ही बच्चे को बिना पानी मिलाये गाय, भैंस या वकरी का दूध पिलायें। एक प्याला दूध में डेढ़ चम्मच चीनी मिलायें। दूध की मलाई अवश्य अलग कर लें।
- छठे मास से खुर घुटी हुई दाल, आन्न, खिचड़ी, दलिया और केला देना शुरू कर दें।
- एक वर्ष की आयु में दाल, रोटी, खिचड़ी, सब्जी सभी खिला सकते हैं।
- बच्चे को खिलाने के लिए साफ बर्तनों का इस्तेमाल करें। बच्चे को खिलाने से पूर्व अपने हाथ भली प्रकार घोना न भूलें।
- जब बच्चे को खुले दस्त बार बार लग रहे हों तो उसे चीनी और नमक मिला पानी बार-बार पिलायें। आठ छोटे चम्मच चीनी, एक लिटर पानी, एक छोटा चम्मच नमक, दो नींबू का रस, साफ बर्तन में उबालें और ठण्डा होने पर यही पानी बच्चे को बार-बार पिलायें।
- जब कभी बच्चा जल्दी जल्दी सांस ले रहा हो तो लापरवाही मत कीजिए, उसे तुरन्त स्वास्थ्य केन्द्र में दिखाइए।

बाल स्वास्थ्य पत्र

०--३ वर्ष

सी. आर. एच. एस. प्रोजेक्ट, बल्लबगढ़

क्रम संख्या

बच्चे का नाम

लड़का/लड़की

माँ का नाम

पिता का नाम

जाति/धर्म

ग्राम

जन्म तिथि

मास

वर्ष

जीवित बच्चों की संख्या

लड़के/लड़कियाँ

मृत बच्चों की संख्या

गर्भपातों की संख्या

मृत पैदा हुए बच्चों की संख्या

अन्तिम गर्भ का परिणाम

अन्तिम जीवित पैदा हुए बच्चे की आयु

टीकों द्वारा विमारियों से बचाव	१	२	३	४	५
टो. बी. से बचाव					
चेचक					
काली खाँसी धनुष-बाय, गलघोटू से बचाव					
पोलियो					
मोतीझारा (टाइफाइड)					
अन्य					
विटामिन 'ए' छः मास में एक बार					
पेट के कीड़ों से बचाव की दवाई ३ मास में एक बार					

Com H 15.22

REASONS FOR SPECIAL CARE

WRITE THE BIRTH MONTH AND YEAR IN THIS BOX
WHICH IS HEAVILY MARKED

kgs. 11

10

9

8

7

6

5

4

3

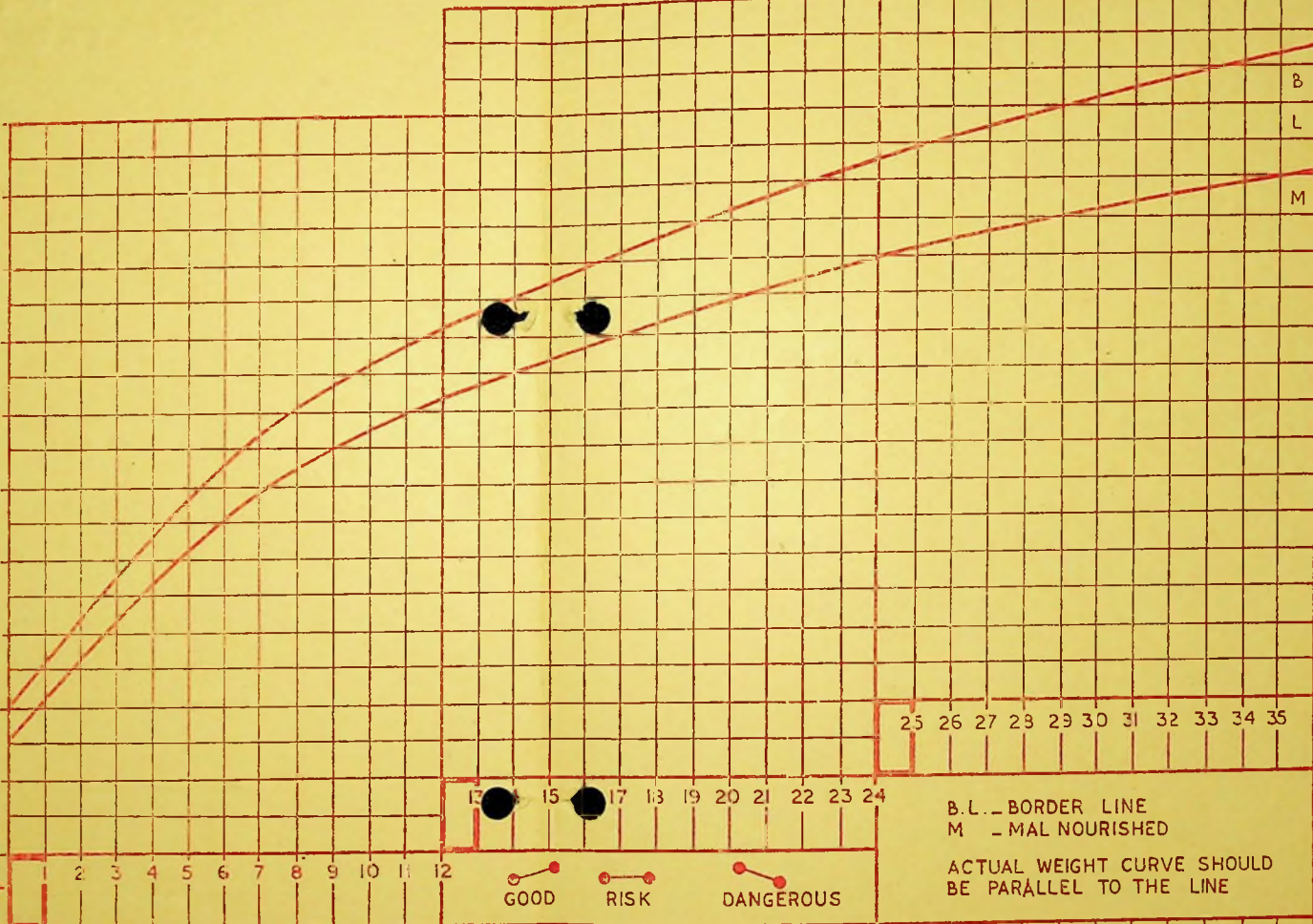
2

1

0

0

0



BREAST FEEDING

SUPPLEMENTS

IRON

DARAPRIM

FP MOTHER

FATHER

1. WRITE MONTHS SEQUENTIALLY NEXT TO IT AND FILL THE CARD IN ALL MONTHLY BOXES.

2. NOTE THE MONTH OF FIRST VISIT.

3. WEIGH THE CHILD AND IDENTIFY THE WT. ON HORIZONTAL BAR.

4. PUT A DOT WHERE THE BOTH COLUMNS CROSS.

5. REPEAT THE STEPS 2,3,4 IN SUBSEQUENT VISITS AND CONNECT THE DOTS.

6. WRITE ANY ILLNESS IN PREVIOUS MONTH IN APPROPRIATE VERTICAL COLUMN.

Year	Age	Jan, Feb, Mar	Apr, May, Jun	Jul, Aug, Sep	Oct, Nov, Dec	No of children Alive Now M F Died								
14		Record only what is easily remembered					marriage first lived together menstrual period missed period abortion or child born dead child born nursing mother needs family planning oral pill nirodh loop vasectomy or tubectomy done child died	Health Centre	Number					
15								Name of woman	Husband's Name					
16								House Number	Street Number					
17								Village	Tehsil or Taluk					
18								CARE AFTER DELIVERY						
19								Date	eats extra food daily put ✓	eats green vegetables daily put ✓	takes iron tablets daily put ✓	if mother has foul lochia or fever put X	if baby small or weak or not sucking well put X	weigh baby—If gaining put ✓ if not gaining put X
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														

SIMPLE HEALTH CARE DURING PREGNANCY		Pregnancy number.....	Pregnancy number.....
REGULAR CHECKS	Put ✓ if answer is yes, X if no Date seen		
GOOD DIET	Mother eats extra food daily Mother eats green leafy vegetables daily		
PREVENT ANAEMIA	Lips and tongue red Takes iron tablets daily		
PREVENT TETANUS and FEVER after DELIVERY	Sterile pack for delivery given Knows to hold knife in fire before cutting cord Trained worker who washes hands will do delivery Clean room and clean clothes ready Tetanus toxoid injection given (write date)	1	booster
WATCH FOR DANGER SIGNS—if present put X			
DANGER OF FITS	Blood pressure diastolic over 90 Albumen in urine or finger swelling		
DANGER OF DIFFICULT DELIVERY	Head of baby not in correct position or baby's head bigger than usual or could be twins Mother very short (Height less than 145 cm.) Previous difficult delivery or dead baby born, or delivery by operation 1st baby; 4 children or more; mother over 35.		
OF BLEEDING AT DELIVERY	Bleeding before or after previous deliveries Bleeding in this pregnancy Lips and tongue pale or very pale		
OF HEART OR LUNG DISEASE	Breathlessness on walking Cough with sputum for 1 month or more		
DECIDE PLACE OF DELIVERY	With a ✓	home health centre hospital	home health centre hospital
TREAT & ADVISE for Problems	Treatment	Problems Treatment	

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ತಾಯಿ ಮಕ್ಕಳ ಆರೋಗ್ಯ ವಿವರ

1. సామర్థ్య పూరితి

1. ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ..... 2. ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರ..... 3. ಉಪ ಕೇಂದ್ರ.....
4. ಪಳ್ಳಿ..... 5. ಸದ್ಗದ ವಿಳಾಸ.....
6. ಕಾಯಿಯ ಹೆಸರು..... 7. ವಯಸ್ಸು..... 8. ಗಂಡನ ಹೆಸರು.....
9. ರಿಜಿಸ್ಟರು ಮಾಡಿದವರ ಹೆಸರು..... 10. ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ.....

2. ಹಿಂದೆ ಗರ್ಭಿಣಿ/ಬಾಣಂತಿಯಾಗಿದ್ದಾಗಿನ ಚರಿತ್ರೆ

1. ಹಿಂದೆ ಧರಿಸಿದ ಒಟ್ಟು ಗರ್ಭಗಳು..... 2. ಜೀವಂತ ಜನನಗಳು..... 3. ನಿರ್ಜೀವ ಜನನಗಳು.....
4. ಗರ್ಭಪಾತಗಳು..... 5. ಸದ್ಯೆ ಜೀವಂತವಾಗಿರ. ವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು : ಗಂಡು..... ಹೆಣ್ಣು.....
6. ಹಿಂದಿನ ಬಾರಿ ಗರ್ಭಿಣಿ/ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯ ಇದ್ದ ತೊಂದರೆಗಳು.....
7. ಈ ಹಿಂದಿನ ಗರ್ಭಿಣಿಗನೊಂದ ತಾರೀಖು ಮತ್ತು ಪರಿಣಿತರ :

ಜೀವಂತ ಜನನ	ನಿರ್ಜೀವ ಜನನ	ಗರ್ಭಪಾತ

8. ಧನುರ್ವಾಯು ರೋಗ ಬಾರದಂತೆ
ರಕ್ಷಣಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿರಲೇ
- | | | | | | | |
|------|------|-----------------|---|----|-----|-------|
| ಇಲ್ಲ | ಹೌದು | ಹೌದಾದರೆ, ದೋಷಗಳು | I | II | III | ಋಷ್ಯರ |
|------|------|-----------------|---|----|-----|-------|

3. ಪ್ರಸಕ್ತ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ವಿವರ

1. ಕೊನೆಯ ಬಾರಿ ಮುಖ್ತಾದ ಕಾರೀಮಿ..... 2. ಹೆರಿಗುಮಗುಮದಾದ ಕಾರೀಮಿ.....
3. ಇದು ಎಷ್ಟನೆಯ ಗರ್ಭ..... 4. ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಎಷ್ಟು ತಿಂಗಳು ತುಂಬಿದೆ.....
5. ಧನುರ್ವಾಯು ನಿರೋಧಕ ಕೊಟ್ಟ ಕಾರೀಮಿಗಳು I..... II..... III..... ಬೂಸ್ಟರ್.....
6. ಕಬ್ಬಿಣ ಸತ್ವ ಮಾತ್ರಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟ ವಿವರ I ಮಾತ್ರ, ಕಾರೀಮಿ II ಮಾತ್ರ, ಕಾರೀಮಿ III ಮಾತ್ರ, ಕಾರೀಮಿ
7. ಹೆರಿಗಾಗಿ ಆಸ್ತತ್ರಿಗೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗಿದೆಯೇ ಹೌದು ಇಲ್ಲ 8. ಹೋಗಲು ಹೇಳಿದ ಕಾರೀಮಿ.....
4. ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಉಪಚಾರ ಗರ್ಭಿಣಿಯನ್ನು ರಿಜಿಸ್ಟರು ಮಾಡಿದ ತಾ||

[illegible]

*ತೂಕ ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡವನ್ನು ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಉಪಶೋಧಿಸಿ, ಭೇಟಿ ನೀಡಿದಾಗ ಬರೆಯಿರಿ.

5. ಹೊಗೆ

1. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ತಾರೀಖು ಮತ್ತು ಸಮುದ್ರ..... 2. ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿದವರು.....
3. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ರೀತಿ

ಸಾಮಾನ್ಯ

ತೊಂದರೆಯಿತ್ತು

 ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಿಸಿ.....

ಗರ್ಭಪಾತ

4. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸ್ಥಳ

ಮನೆ

ಇತರೆ

 ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಿಸಿ.....
5. ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಬೇರೆ ಕಡೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಯಿತೇ

ಇಲ್ಲ

ಹೌದು

 ಎಲ್ಲಿಗೆ..... ಕಳುಹಿಸಿದ ತಾರೀಖು.....

6. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ವಿವರ (ಅವಳಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಬರೆಯಿರಿ)

1. ಜನಕ ಜನನ [] 2. ನಿರ್ಜೀವ ಜನನ [] 3. ಲಿಂಗ: ಗಂಡು ಹೆಣ್ಣು 4. ಹುಟ್ಟಿದಾಗ ತೂಕ.....
 5. ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ: ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿದೆ [] ಶ್ವಾಸಪ್ರತಿಬಂಧಿತೆಯಿದೆ [] ಹುಟ್ಟು ನ್ಯೂನತೆಯಿದೆ []
 ಇತರ [] ಸ್ಪಷ್ಟೀಕರಿಸಿ.....

7. ಬಾಣಂತಿಯು ಉಪಚಾರ (6 ವಾರಗಳ ವರೆಗೆ) ಬಾಣಂತಿಯನ್ನು ರಿಜಿಸ್ಟರು ಮಾಡಿದ ತಾ||

ತಾರೀಖು	ಉಪಚರಿಸಿದ ಸ್ಥಳ: ಮನೆ/ದವಾನಾನೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ	ಜ್ವರವಿರೆಯೇ	ಗರ್ಭಕೋಶದ ಒತ್ತರ	ಮಲನಿರ್ಮಮ್	ಸ್ರಾವ	ಮಲ ತೋರಿಸಿ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ	ತೊಂದರೆಗಳು	ಉಪಚಾರ ಮತ್ತು ನೀಡಿದ ತಿಳುವಳಿಕೆ	ಇತರರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿದ್ದರೆ ವಿವರ	ವರಾ	ಸಹಿ

ಬಾಣಂತಿಯಾಗಿರುವಾಗ ಕುಟುಂಬದ ಯಾವನು ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸಿದರು: [] ಸ್ವ [] ಹೆಂಡ್ತಿ ವಿಧಾನ.....
 ತಾರೀಖು

8. ಶಿಶುವಿನ ಉಪಚಾರ (6 ವಾರಗಳವರೆಗೆ)

ತಾರೀಖು	ಉಪಚರಿಸಿದ ಸ್ಥಳ: ಮನೆ/ದವಾನಾನೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ	ತೂಕ	ಮೂತ್ರಕಳೆ	ಮಲ ಶೋಧನೆ	ಮೂತ್ರ	ಆಮಾರ	ತೊಂದರೆಗಳು	ಉಪಚಾರ	ನೀಡಿದ ತಿಳುವಳಿಕೆ	ಇತರರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿದ್ದರೆ ವಿವರ	ಸಹಿ

9. ಶಿಶುವಿನ ಉಪಚಾರ (ಒಂದು ವರ್ಷದ ವರೆಗೆ) ಶಿಶುವನ್ನು ರಿಜಿಸ್ಟರು ಮಾಡಿದ ತಾ||

ತಾರೀಖು	ಉಪಚರಿಸಿದ ಸ್ಥಳ: ಮನೆ/ದವಾನಾನೆ	ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ವಿವರ *	ಉಪಚಾರ	ಇತರರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿದ್ದರೆ ವಿವರ	ಸಹಿ

* ಕಣ್ಣು, ಬಾಯಿ, ಮೂತ್ರಕಳೆ ಬಳ್ಳಿ, ಮಲ, ಮೂತ್ರ, ಚರ್ಮ, ಆಮಾರ, ಶುಚಿತ್ವ, ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪಂತಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಗಮನ ನೀಡಿ.

10. ತಾಯಿ ಆಳುವಾ ಮಗುವಿನ ಮರಣ ಸಂಭವಿಸಿದ್ದರೆ ವಿವರ

1. ತಾಯಿಯ ಮರಣ ಸಂದರ್ಭ [] ಗರ್ಭಿಣಿ [] ಹೆರಿಗೆ [] ಬಾಣಂತಿ [] ಮರಣದ ಕಾರಣ.....
 2. ಶಿಶುವಿನ ಮರಣ: ಒಂದು ವಾರದೊಳಗೆ [] 1 - 4 ವಾರದೊಳಗೆ [] 4 ವಾರದ ನಂತರ 1 ವರ್ಷದೊಳಗೆ []
 ಮರಣದ ಕಾರಣ.....

BOY or GIRL

Com H 1519

21a. 91]

DEPARTMENT OF PUBLIC INSTRUCTION (MEDICAL INSPECTION)

Duplicate

(1) Name V. Manjula (2) School _____
 (3) Address _____ (4) Date of Birth _____ Age _____

(5) Previous history of:

Diph.

Small-pox

Others

(6) Vacc.

(7) Standard	☒ A				
(8) Height	ft.	ins.	ft.	ins.	ft. ins.
(9) Weight	lbs.		lbs.		lbs.
(10) Chest Meas- urement	Full Insp.	ins.	ins.	ins.	ins.
	Expiration	ins.	ins.	ins.	ins.
(11) Skin	Diseases				
	Cleanliness				
	Head				
	Body				
(12) Throat	Articulation				
	Tonsils				
(13) Nose	Adenoids				
	Other Diseases				
(14) Glands					
(15) Teeth	Condition				
	Caries				
	Cleanliness				
	Other Conditions				
(16) Ears	Hearing { Rt. at 20 ft. { Lt.				
	Otitis Media				
	Other Conditions				
(17) Eyes	Conjunct. & Lids				
	Squint				
	Vision { Rt. Lt.				

[P.T.O.]

(18) Deformity	(1) Congenital				
	(2) Acquired				
(19) Nervous System	Paralysis				
	Epilepsy				
(20) Heart and Circulation					
(21) Anaemia					
(22) Lungs					
(23) Tuberculosis					
(24) Nutrition					
(25) Intestinal Worms	K				
(26) Other Diseases	A				
(27) General Intelligence					
(28) Fitness for Drill and games					
(29) Directions to Parents, Teacher or Nurse	He				
(30) Date and M.O.'s Initials					

Date

Notes of any previous illness, accident or operation and M.O.'s special report, if any.

FEEDING PROGRAMME

DEPARTMENT

INDIVIDUAL RECORD OF CHILD PERFORMANCE

ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಾಭಿವೃದ್ಧಿಯ ದಾಖಲೆ

Village

ಗಾ,ವು

Name of the Child

ಮಿಗುಪಿನ ವೇಸರು

Food items given and their quantities

ಕೊಟ್ಟು ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಪರಿವಾಣ

At Home,

At Feeding Centre.

Taluk

உய்

Age

ವರಿಯಸ್ತು

Father's Name

ತಂದೆ ಹೆಸರು

Occupation

ಕರ್ನಾಟಕ

Mother's Name

ತಾಯಿಯೊಡನೆ ಹೆಸರು

Occupation

ಕಸ್ತೂರಿ

Monthly Income

ತಿಂಗಳ ಆದಾಯ

No. of Children in the family

ಮನೆದೊಲ್ಲಿರುವ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ

(To be recorded once in 2 months)

(ಎರಡು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ತೂಕ ಗುರುತಿಸಿ)

WEIGHT CHART

ಪೂರವ ಪಟ್ಟಿ

[illegible]

Immunization Chart

ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ಪಟ್ಟಿ

DPT 1
ଦିଅଁକି

2

3

Polio |
ಪ್ಲೋಲಿಯೊ

2

3

Small pox
ದೇವಿ

Primary Vaccination

Revaccination

BCG
ಬಿಸಿಜ

Duplicate

(To be conducted twice in a year)

Date of Examination.....

This image shows a full page of blank graph paper. The paper has a light beige or cream-colored tint. A grid of thin, dark grey or black lines covers the entire surface, forming small squares. The grid consists of approximately 20 columns and 25 rows of squares. There are no margins, text, or other markings on the page.

1. Weight (Kgs.)
2. Height (Cms.)
3. Head circumference (Cms.)
4. Chest circumference (Cms.)
5. Mid upperarm circumference (Cms.)
6. General Appearance :
 - (i) Normal built
 - (ii) Thin built
 - (iii) Sickly
7. Eye (a) Conjunctive :
 - (i) Normal
 - (ii) Dry on exposure for 2 minutes
 - (iii) Dry and wrinkled
 - (iv) Bitot's Spot
 - (v) Brown pigmentation
 - (vi) Angular conjunctivitis
 - (vii) Pale Conjunctivae(b) Cornea :
 - (i) Normal
 - (ii) Dry
 - (iii) Hazy or opaque
8. Mouth (a) Lips :
 - (i) Normal
 - (ii) Angular Stomatitis
 - (iii) Cheilosis(b) Tongue :
 - (i) Normal
 - (ii) Pale and Flabby
 - (iii) Red and Raw
 - (iv) Fissured
 - (v) Geographic(c) Gums :
 - Normal
 - Bleeding

9. Hair :

- (i) Normal
- (ii) Dull and Dry
- (iii) Dyspigmented
- (iv) Thin and Sparse
- (v) Easily Pluckable

10. Skin :

- (i) Normal
- (ii) Dry and Scaly
- (iii) Follicular Hyperkeratosis

11. Oedema : on dependent parts

12. Rachitic Changes :

- (i) Knock knees
or bow legs.
- (ii) Epiphyseal Enlargement
- (iii) Beading of the Ribs

13. Alimentary System :

(a) Stools :

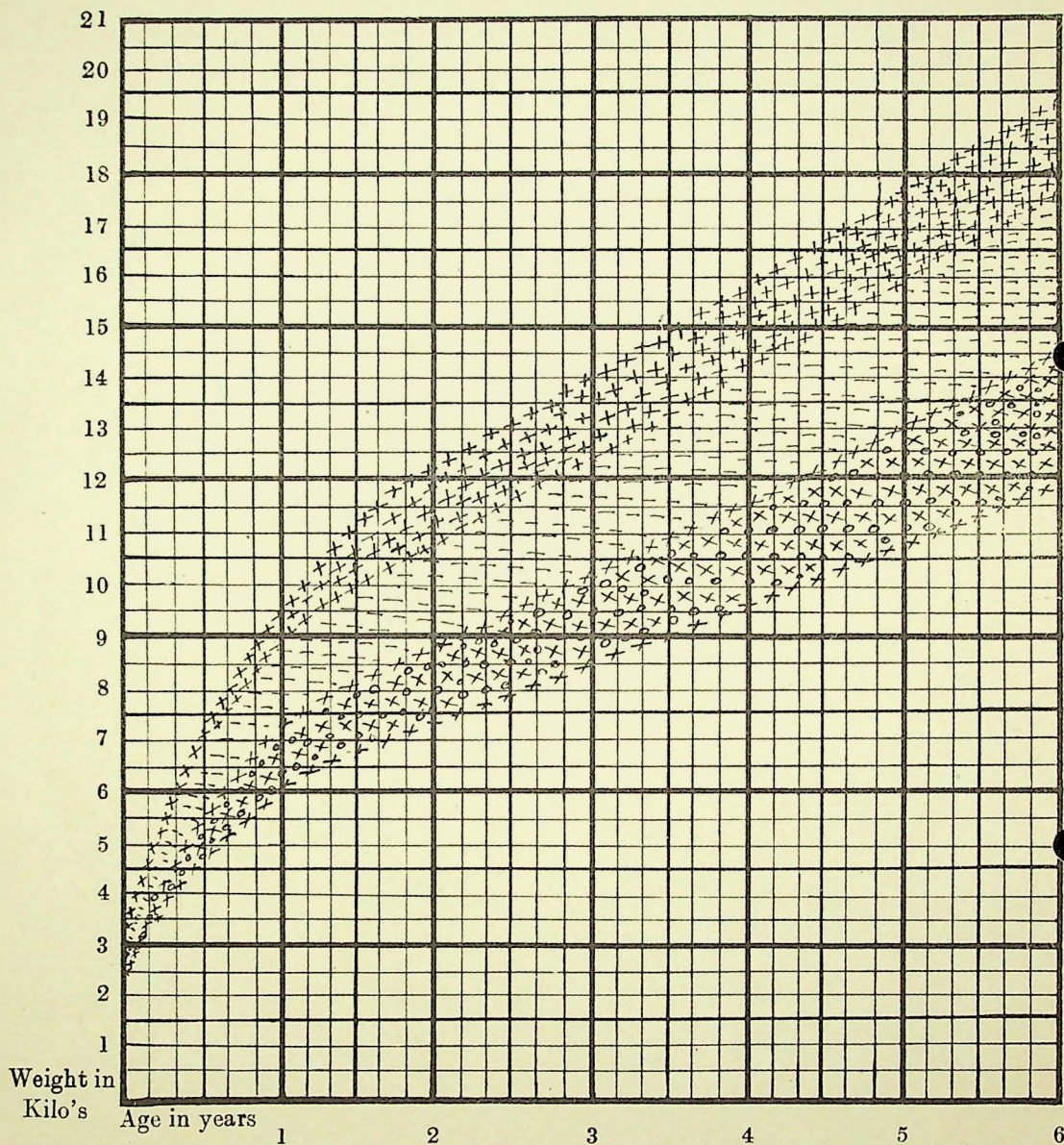
- (i) Normal
- (ii) Diahorrea
- (b) Liver :

- (i) Normal
- (ii) Enlarged

NAME AND DESIGNATION
OF THE MEDICAL OFFICER

Special Instructions if any.

GROWTH CHART



Normal (90 % or above)



II degree malnutrition



I degree malnutrition



III degree malnutrition

LOCAL HEALTH WORKERS

NOTE BOOK

स्थानीय स्वास्थ्य कर्मचारी

नोट बुक

Area Served

स्थानीय सेवा

Name of Worker.....

कर्मचारी का नाम

Address of Worker.....

कर्मचारी का पता

.....

.....

Published by :

COORDINATING AGENCY FOR HEALTH PLANNING

C-45, South Extension Part 2

H. R. 23

NEW DELHI-110049.

REASONS FOR SPECIAL CARE

1. Tuberculosis suspected, cough and sputum for 2 weeks or more, or TB in family. 1 page.
2. TB started on treatment. 1 page.
3. Leprosy suspected or in the family. 2 pages.
4. Leprosy started on treatment. 1 page.

Ulcers in leprosy need special care. Leprosy patients will get less ulcers if special footwear is used, and education in prevention is given.

5. Deaths with names, age and cause. 1 page.
6. Blind — so blind that they cannot work or count fingers at 1 metre. 1 page.
7. Malaria positive smears. 4 pages.
8. Any other reason for special care in your area as decided by doctor in charge. 1 page.
9. Any other list the worker wants to keep; such as list of those who have had vasectomy, a list of those who have had tubectomy, a list of those using each family planning method. 1 page.
10. Pregnancies and births to daughters-in-law of the village. 4 pages.
11. Pregnancies and births to daughters of the village.

Especially take care of any pregnant woman with :

Anaemia.

Bleeding after previous deliveries or during this pregnancy or previous pregnancies.

Any baby born dead or difficult delivery or Caesarean or operation.

Short stature (height less than 147 cm) or with small pelvis.

Or swelling of fingers or face or blood pressure over 90 diastolic.

Or breathlessness or cough or sputum.

Or first baby now expected.

Or age of mother over 35.

Or 4 children or more already.

Very thin or very poor.

12. Mothers (for family planning) and pre-school children

Use many pages

Premature baby—2.0 kilograms (5 pounds) or less when first seen.

Breast milk stopped—before 3 months.

Weight not gaining—over a 3 months period.

Failure to add solid food—so far, and child now 9 months of age or more.

Twins—especially if female.

Malnutrition—if second or third degree (II° or III°)

Anaemia—(under 8 grams Haemoglobin)

Serious Disease—of mother or child, such as paralysis, tuberculosis, congenital defect needing operation, and also low intelligence.

Mother or father dead—blind, mentally ill, alcoholic or unemployed.

Three or more dead children—in the family. Six or more children in the family already. Children with white patches on edges of eye. (Vitamin A lacking).

1
House
Number
घर का
पता

2
Street
Number
गली
नम्बर

3
Head of family
परिवार का मुखिया

4
Name of Patient
रोगी का नाम

5
Date
Special
care began
तिथि
विशेष
सेवा
आरम्भ

6
Remarks
विशेष

[illegible]

Add up at end of each Month.....

प्रत्येक मास के पश्चात् जोड़

Suggested abbreviations for use by local health workers.



Came to clinic.

स्वास्थ्य केन्द्र में आए ।



Special care child came to clinic.

विशेष ध्यान वाला बच्चा स्वास्थ्य केन्द्र में आया ।



Clinic visit due, but did not come.

स्वास्थ्य केन्द्र आया या नहीं आया ।



Seen at home.

घर में देखा ।



Special care child seen at home.

विशेष ध्यान वाला बच्चा घर में देखा गया ।



Home visited, but child not seen.

घर गए किन्तु बच्चा नहीं मिला ।



Needs family planning.

परिवार नियोजन की आवश्यकता है ।



Getting extra food from us.

अतिरिक्त भोजन हम से लेता है ।



Kwashiorkor. (swelling of body in young children)

क्वाशिकोर



Child is ill.

बच्चा अस्वस्थ है ।



Treatment taken in this month.

इस माह दवा ली ।



Pregnant.

गर्भवती ।



Baby due to be born in this month.

इस माह में प्रसव की सम्भावना ।



Operation done to prevent any more children.

नसबन्दी करवाई ।

Loop

Loop in position still.
लूप अभी अपने स्थान में है।

FL

Condom or nirodh or FL taken.
निरोध लिया

OC

Oral contraceptive tablets taken.
'गर्भ निरोध' गोली दी गई।

TT

Tetanus toxoid given.
'टेटनस टेक्साइड' दी गई।

T

Triple vaccine given.
'ट्रिपल वेक्सीन' दी गई।

BCG

Vaccine given against TB.
टी० बी० की सूई दी गई।

TAB

Vaccine given against typhoid.
मोतीभारा की सूई दी गई।

S-1

Small pox given. (first time)
चेचक की सूई दी गई क-१

S-2

Small pox given. (not the first time)
चेचक की सूई दी गई क-२

①

1st. degree malnutrition growth curve climbing faster than the printed lines on the weight record.

प्रथम अंश की अपर्याप्त भोजन की अवस्था का विकास, दी गई वजन की रेखा से शरीर बढ़ रहा है।

②→

2nd. degree malnutrition staying parallel to weight for age lines on weight record.

द्वितीय अंश की अपर्याप्त भोजन की अवस्था चार्ट के वजन की रेखा के समान्तर है।

③↓

3rd. degree malnutrition getting worse - child's weight not keeping up with weight lines printed on the weight record.

तृतीय अंश की अपर्याप्त भोजन की अवस्था नीचतम हो रही है, चार्ट की रेखा के सामान्य नहीं रह रही है।

⦿

Vitamin A deficiency.

विटामिन 'ए' की कमी।

DEPARTMENT

62.13

BANGLADESH - BUDDH

COMMUNITY HEALTH CTR
11111 100TH ST, PARKVILLE MO

(To be conducted twice in a year)

Date of Examination.....

[illegible]

9. Hair :

- (i) Normal
- (ii) Dull and Dry
- (iii) Dyspigmented
- (iv) Thin and Sparse
- (v) Easily Pluckable

10. Skin :

- (i) Normal
- (ii) Dry and Scaly
- (iii) Follicular Hyperkeratosis

11. Oedema : on dependent parts

12. Rachitic Changes :

- (i) Knock knees
or bow legs.
- (ii) Epiphyseal Enlargement
- (iii) Beading of the Ribs

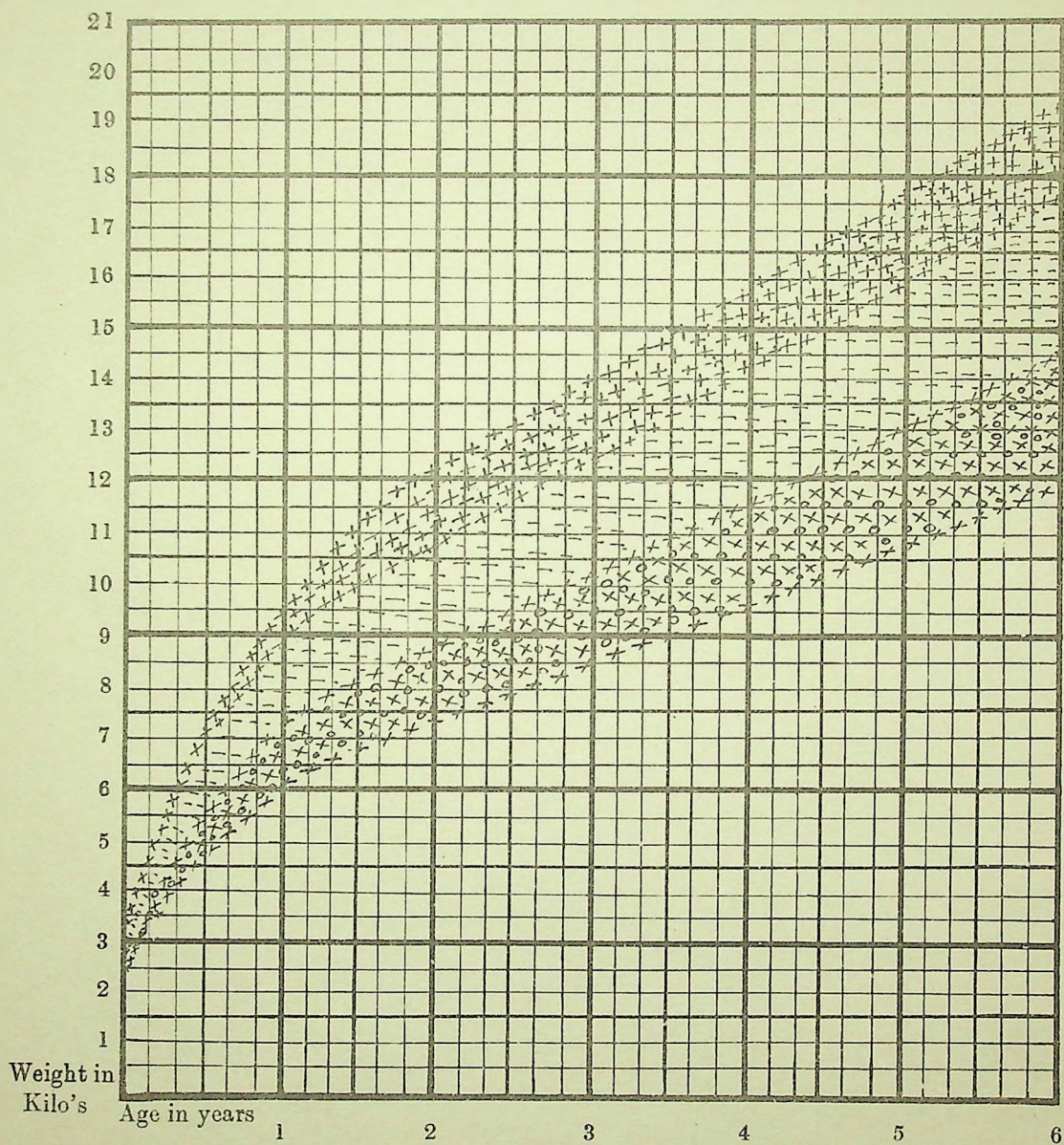
13. Alimentary System :

- (a) Stools :
 - (i) Normal
 - (ii) Diaphorrea
- (b) Liver :
 - (i) Normal
 - (ii) Enlarged

NAME AND DESIGNATION
OF THE MEDICAL OFFICER

Special Instructions if any.

GROWTH CHART



Normal (90 % or above)



II degree malnutrition



I degree malnutrition



III degree malnutrition

M.C.H. Form/ಎಂ.ಸಿ.ಹೆಚ್. ನಮೂನೆ 2

ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯ ದಾಖಲೆ

Card No/ಕಾರ್ಡ್ ನಂ.....

Date/ದಿನಾಂಕ.....

(Enter clinic visits in red-ink and home

visits in blue ink/ಚಿಕಿತ್ಸಾಲಯ ಭೇಟಿಗಳನ್ನು

Village ,

ಕೆಂಪು ಶಾಯಿಯಲ್ಲೂ ಮನೆ ಭೇಟಿಗಳನ್ನು ನೀಲಿ ಶಾಯಿಯಲ್ಲೂ ನಮೂದಿಸಿ

Maternity Card No./ಹೆರಿಗೆ ಕಾರ್ಡ್ ನಂ..... Order of Birth/ಜನನ ಕ್ರಮ..... Child's Name/

ಮಗುವಿನ ಹೆಸರು..... Sex/ಲಿಂಗ..... Date of Birth/ಹುಟ್ಟಿದ ದಿನಾಂಕ.....

Place of birth/ಹುಟ್ಟಿದ ಸ್ಥಳ..... Nature of delivery/ಹೆರಿಗೆಯ ರೀತಿ..... Attendant at birth/ಹೆರಿಗೆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ

ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದವರು..... Birth Weight/ಕೂಸಿನ ಹುಟ್ಟು ತೂಕ..... Ante-natal Care/ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಆರೈಕೆ.....

Mother's Name/ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು..... Occupation/ಉದ್ಯೋಗ..... Health/ಆರೋಗ್ಯ.....

Father's Name/ತಂದೆಯ ಹೆಸರು..... Occupation/ಉದ್ಯೋಗ..... Health/ಆರೋಗ್ಯ.....

Address/ವಿಳಾಸ.....

Home/ಮನೆ No. of rooms/ಕೊಠಡಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ..... No. of occupants/ಮನೆಯಲ್ಲಿರುವವರ

ಸಂಖ್ಯೆ : Adults/ವಯಸ್ಕರು..... Children under 14 years/14 ವಯಸ್ಸಿನೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳು..... Water supply

ನೀರು ಸರಬರಾಜು..... Latrines / ಕಕ್ಕ ಸಂಗಳು..... Cleanliness/ನೈರ್ಮಲ್ಯ.....

Type of Day care/ದೈನಂದಿನ (ಹಗಲು) ಆರೈಕೆ..... Parents/ಪೋಷಕರು/Relatives/ಸಂಬಂಧಿಗಳು.

Elder children/ಹಿರಿಯ ಮಕ್ಕಳು/Creche/ಶಿಶುವಿಹಾರ

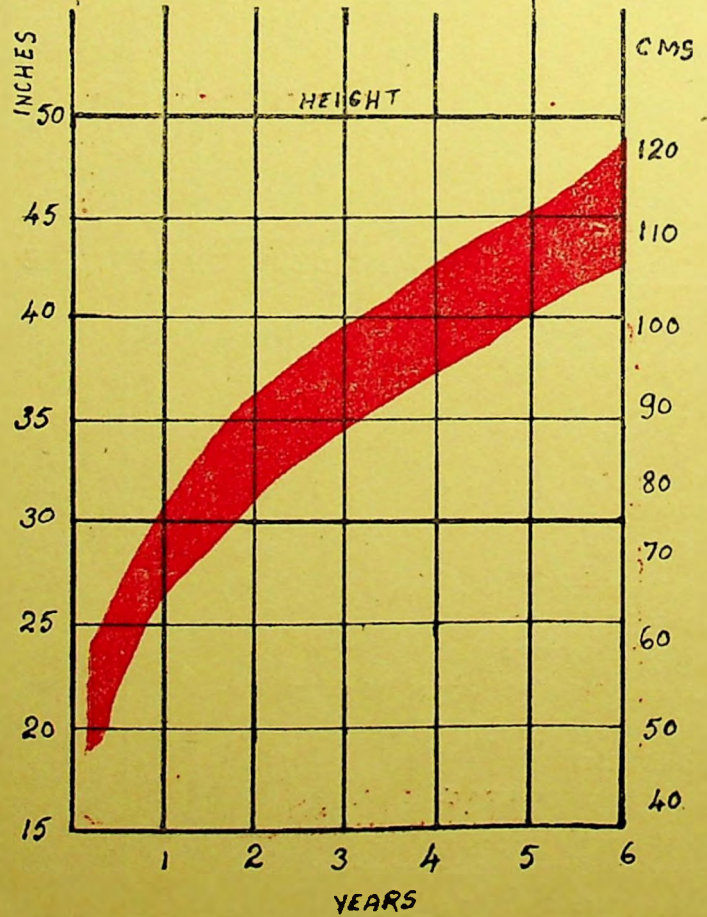
PROPHYLAXIS/ರೋಗ ನಿವಾರಣೆ :

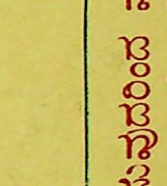
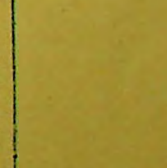
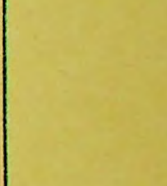
IMMUNISATION/ರಕ್ಷಾಚಿಕೆ	Date/ದಿನಾಂಕ	Date/ದಿನಾಂಕ	Date/ದಿನಾಂಕ	Date/ದಿನಾಂಕ	Date/ದಿನಾಂಕ
B.C.G./ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ.					
Smallpox/ಸಿಡುಬು					
D.P.T./ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ.					
Typhoid/ವಿಷಮ ಜ್ವರ					
Cholera/ಕಾಲರಾ					
Polimyelitis/ಪರಮಂಜ್ವೆಯುರಿತ					
Others (specify) ಇತರ (ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಾಡಿ)					

GROWTH DEVELOPMENT FEEDING/ಬೆಳವಣಿಗೆ ವಿಕಾಸ, ಆಹಾರ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Date of examination/ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನಾಂಕ												
Age of child/ಮಗುವಿನ ವಯಸ್ಸು												
Height/ಎತ್ತರ												
Weight/ತೂಕ												
Holds head up/ತಲೆ ನೆಟ್ಟಗೆ ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆ												
Sits/ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ												
Crawls/ತೆವಳುತ್ತದೆ												
Stands alone/ಬಂಟಿಯಾಗಿ ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆ												
Walks alone/ಬಂಟಿಯಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ												
Teething/ಹಲ್ಲು ಬರುತ್ತಿರುವುದು												
Feeding Breast Milk/ಮೊಲೆ ಹಾಲಿನೊಂದಿಗೆ ರುವುದು												
Introduction of solids/ಗಟ್ಟಿ ಆಹಾರದ ಆರಂಭ												
Weaned/ಮೊಲೆ ಬಿಟ್ಟಿದೆ												
Feeds alone/ಸ್ವತಃ ಊಟಮಾಡುತ್ತದೆ												
Speaks words/ಮಾತು ಆಡುತ್ತದೆ												
Bladder control/ಮೂತ್ರ ಕೋಶ ನಿಯಂತ್ರಣ												
Bowel Control/ಕರುಳು ನಿಯಂತ್ರಣ												

Date ವಯಸ್ಸು	Age ಕಾರೀಮಿ	Diagnosis & Observations ರೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು	Advance and follow up care ಸಲಹೆ ಮತ್ತು ಅನುಸರಣೆ ಪಾಲನೆ	Initial
				ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಸಹಿ M.O./H.V. ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಅ.ಸಂ.

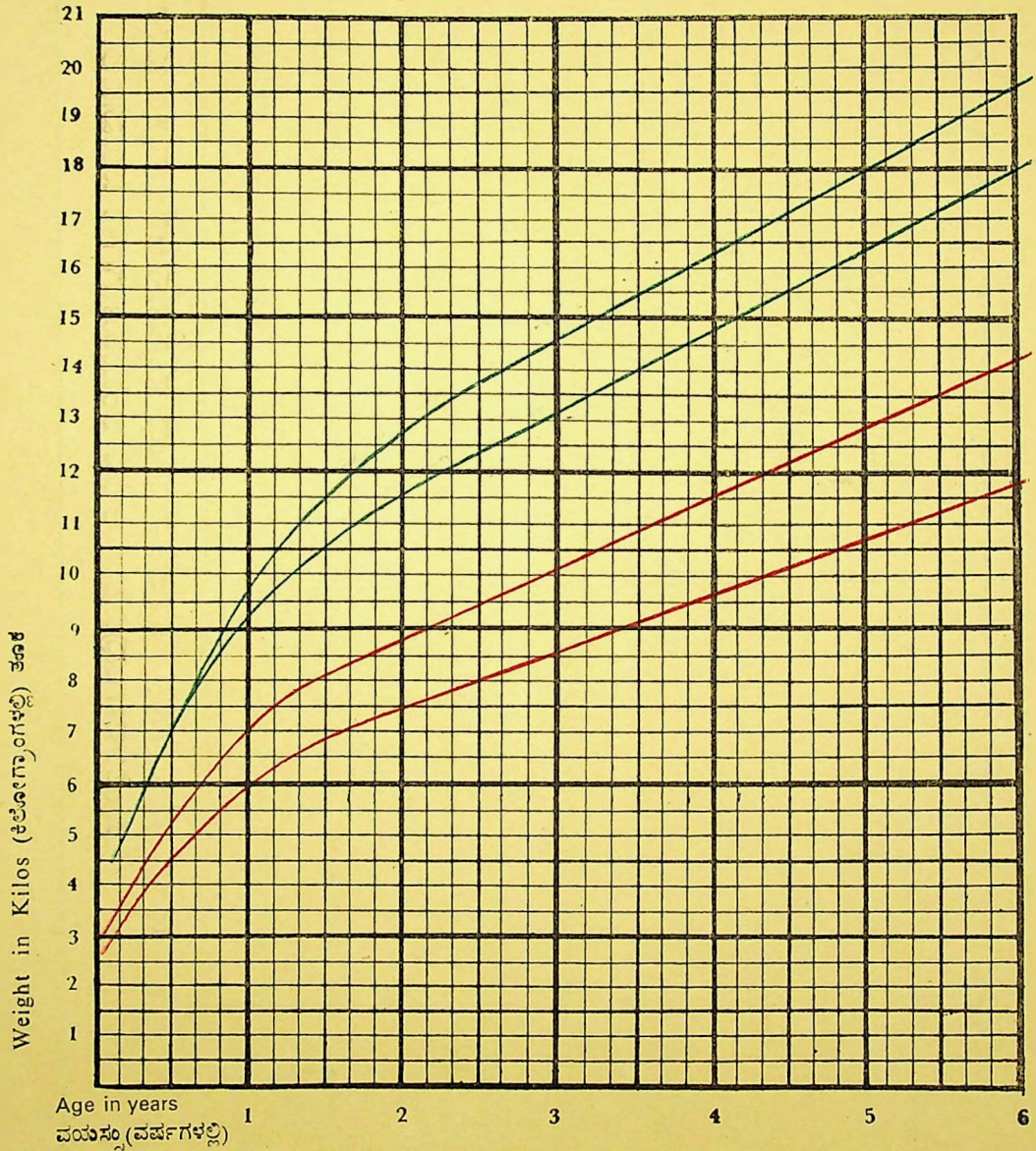


ಸ್ಥಾನಪಾನ ನಿಲ್ಲಿಸುವುದು 	1 ತಾಯಿಯ ಹಾಲು ಶಿಶುವಿನ 3-4 ತಿಂಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಪರಗೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ.	ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಈ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದು. 	ತಾಯಿಯಿಂದಿಗೆ ಪಾಸ್ತಿ ಕಾಹಾರ
2 	2 ಛೇಯಂತಿರುವ ಶಿಶುವಿಗೆ 3-4 ತಿಂಗಳ ನಂತರ ತಾಯಿಯ ಹಾಲು ಸಾಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ತಾಯಿಯ ಹಾಲಿನ ಜೊತೆಗೆ ಹಸುವಿನ ಹಾಲು, ಹಾಲಿನಪುಡಿ, ಹುಣ್ಣಿ(ಬೇಳೆ ಮತ್ತು ತುಪ್ಪ) ಪಾಯಸ ಕೊಡಬೇಕು.		1. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮತ್ತು ಹಾಲಿನಿರುವ ತಾಯಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪೋಷಕಾಹಾರಗಳ ಅಗತ್ಯವಿದೆ.
3 	3 ಈರು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಶಿಶು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವುದು ಈಗ ತಾಯಿಯ ಹಾಲು ಕಮ್ಮಿಯಾಗುತ್ತ ಹೋಗುವುದರಿಂದ ಆಹಾರ ಅಗತ್ಯವು ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದು. ಶಿಶುವಿಗೆ ತಾಯಿಯ ಹಾಲಿನ ಜೊತೆಗೆ ಜಿನ್ನಾಗಿ ಬೇಯಿಸಿದ ಅನ್ನ ಬೇಳೆ, ಸೊಪ್ಪೆ ಮತ್ತು ಹಸುವಿನ ಹಾಲು ಕೊಡಬೇಕು.		2. ತಾಯಿಯಿಂದಿಗೆ ಈ ಕೆಲ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ದಿನನಿತ್ಯದ ಆಹಾರದ ಜೊತೆಗೆ ಸೇವಿಸಬೇಕು.
4 	4 ಶಿಶುವು 1 ವರ್ಷವಾದ ಕೂಡಲೆ ಚಟುವಟಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಡೆಯಲು ಮಾತಾಡಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ಕಾಯಿಯ ಹಾಲಿನ ಜೊತೆಗೆ ಪಯಸ ರು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಸೇರಿಸಬೇಕು. ಅನ್ನ ಬೇಳೆ, ರೊಟ್ಟಿ, ಕಾಯಿ ಪಲ್ಟು ಕೊಡಬೇಕು. ಸಾಧ್ಯವಾದಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟೆ, ಮೀನು, ಮಾಂಸ ಕೊಟ್ಟರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಅಥವಾ ಕಡಲೆಕಾಯಿ ಮೀಡು, ಬಟಾಣಿ, ಬೀನ್ಸ್ ಕೊಡಬಹುದು.		(ಅ) ಕನಿಷ್ಠ ಎರಡು ಲೋಟ ಹಾಲು (ಆ) ಕನಿಷ್ಠ ಎರಡು ರೀತಿಯ ಧಾನ್ಯ (ಇ) 1: ಛೇದನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಸಲ (ಈ) ಮೊಟ್ಟೆ: ದಿನಕ್ಕೊಂದು ಇಲ್ಲವೇ ದಿನಬಿಟ್ಟು ದಿನ (ಉ) ಹಣ್ಣು: ಪ್ರತಿದಿನ ಒಂದು ಪಾತ್ರೆ ಕಾಂಪೌಂಡ್ ಸಿಟ್ರಿಫಿಕ್ ಹಾಗೂ ನೆಲ್ವಿಕಾಯಿ ಅಗ್ಗವಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ.
5 	5 ಮೇಲಿನ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯವು ಸುಧಾರಿಸಿ ಸುಖಕರಪ್ರಸವವಾಗುತ್ತದೆ. ಭ್ರೂಣವು ಸರಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆವಣಿಗೆಯಾಗಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ, ಹಾಗೂ ಶಿಶುವಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಾಲು ಕೊಡಲು ತಾಯಿಗೆ ನೆರವಾಗುವುದು.		3. ಮೇಲಿನ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸದಿದ್ದರೆ ತಾಯಿಯ ಆರೋಗ್ಯವು ಸುಧಾರಿಸಿ ಸುಖಕರಪ್ರಸವವಾಗುತ್ತದೆ. ಭ್ರೂಣವು ಸರಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆವಣಿಗೆಯಾಗಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ, ಹಾಗೂ ಶಿಶುವಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಹಾಲು ಕೊಡಲು ತಾಯಿಗೆ ನೆರವಾಗುವುದು.
6 	6 ಗರ್ಭಿಣಿ ಅಥವಾ ಬಾಣಂತಿ ಇರುವಾಗ ಯಾವುದೇ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸದೆ ಬಿಡಬೇಡಿ. ಯಾಕೆಂದರೆ ಯಾವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥವೂ ಹಾನಿಕಾರಿಯಲ್ಲ.		4. ಗರ್ಭಿಣಿ ಅಥವಾ ಬಾಣಂತಿ ಇರುವಾಗ ಯಾವುದೇ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸದೆ ಬಿಡಬೇಡಿ. ಯಾಕೆಂದರೆ ಯಾವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥವೂ ಹಾನಿಕಾರಿಯಲ್ಲ.

ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಸುವುದರಿಂದ ಮಗುವಿನ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕುಂಠಿತವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಅಂಟುರೋಗಗಳು ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

GROWTH CHART

ಬೆಳವಣಿಗೆ ನಕ್ಷೆ



Between
green lines
ಹಸರು ರೇಖೆಗಳ
ಮಧ್ಯೆ

Normal 90% or above
ಸಹಜ (ಶೇಕಡ 90% ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು)

Between
red lines
ಕೆಂಪು ರೇಖೆಗಳ
ಮಧ್ಯೆ

II degree malnutrition
ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಕತೆಯ ಎರಡನೇ ಹಂತ

Between
green & red lines
ಹಸರು ಮತ್ತು
ಕೆಂಪು ರೇಖೆಗಳ ಮಧ್ಯೆ

I degree malnutrition
ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಕತೆಯ ಮೊದಲ ಹಂತ

Below
red lines
ಕೆಂಪು ರೇಖೆಯ
ಕೆಳ ಭಾಗ

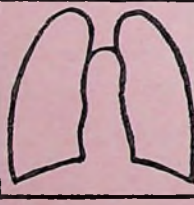
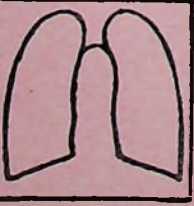
III degree malnutrition
ಅಪ್ರಾಪ್ತ ಕತೆಯ ಮೂರನೇ ಹಂತ

ANTE NATAL - Continued

[illegible]

DELIVERY & POST PARTUM

Delivery Summary	Date	Family Planning:
Hospital Centre	Sub-Centre Home	Attitude
Normal Inst.	Oper. P. P. Hemorr	Method accepted
Presentation	Duration of labour	Motive
Complications:		
P. P. Physical Exam.	Date	
Weight	T. P. R.	
Urine	Hb. BP	
Eyes		
Lungs	Heart	
Breasts		
Abdomen		
Pelvic exam.		
General condition		
		General summary & recommendation

Months of Regular Treatment begun कितने महीनों से इलाज शुरू	Tuberculin test Chest disease by stethoscope, X-Ray or screening छाती का ऐक्सरे	Day दिन	Month महीना	Year साल	Sputum for AFB. or, biopsy report बलगम खंखार	Weight वजन (भार)	Hb and ESR खून	Symptoms, Other tests, Effects of Treatment, Family Planning advice and remarks निशानियाँ, इलाज	PAS		INH		INH and Thiacetazone		Streptomycin		No of Days Supply given कितने दिन की दवाई दी गई	Date of Next Visit अगली बार आने की तिथि
									Dose खुराक	How often कितनी बार	Dose कितनी दवाई	How often कितनी बार	Dose खुराक	How often कितनी बार	Dose खुराक	How often कितनी बार		
0	 Date																	
1	 Date																	
2																		
3																		
4																		
5	 Date																	
6																		
7																		
8																		
9	 Date																	
10																		
11																		
12																		
13	 Date																	
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
									Dosage in children PAS 200 mg/Kg 100 mg/lb Max: 6 Gms		INH 20 mg/Kg 10 mg/Kg Max: 300 mg		TZ 2 mg/Kg 1 mg/lb start slowly		STM 40 mg/Kg Max: 1 Gm			

COMMUNITY HEALTH CELL
47/1, First Floor, St. Marks Road
BANGALORE - 560 001

18.52

आँख सेहत रिकार्ड

EYE HEALTH RECORD



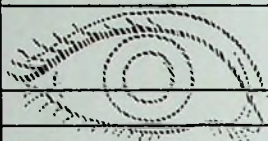
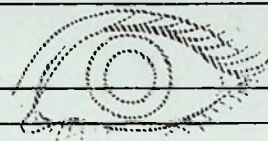
CLINIC सेंटर میش	NUMBER नम्बर
PATIENT'S NAME रोगी का नाम مرضی کا نام	 
WIFE/SON/DAUGHTER OF पति / पिता का नाम	AGE उमर
HOUSE NO. मकान नं. STREET गली VILLAGE गाँव	CAST OR COMMUNITY जाति या कबीला
	TOWN, PO TEHSIL शहर, अकसर, तहसील

WRITE DATE GIVEN دی مہ تاریخ لکھو	1	2	3	BOOSTER
BCG تھپڑک کا टीका				
SMALL POX چھینک				
TETANUS TOXOID ڈنک کا टी.पी.टी.				
TAB ٹائفائڈ				
CHOLERA چلہ				
OTHER دوسرے رोग				
OTHER دوسرے رोग				

[illegible][illegible]

हर दफा विशेषतया किसी दुर्घटना या चोट के बाद इस कार्ड को डाक्टर को दिखाइये।

SHOW THIS CARD TO DOCTOR EACH TIME, ESPECIALLY
AFTER ACCIDENT OR INJURY.

DATE (USE DATE STAMP)								
COMPLAINTS AND DURATIONS					RIGHT	LEFT		
NO. OF VISIT		1ST.	2ND.	3RD	4TH.	1ST.	2ND.	3RD.
VISION	UNAIDED							
	WITH GLASSES							
PROJECTION OR VISUAL FIELDS								
VISUAL AXIS								
PUPILLARY REACTION								
TENSION								
LIDS								
LACRIMAL SAC								
CONJUNCTIVA								
CORNEA								
ANTERIOR CHAMBER								
IRIS								
LENS								
MEDIA								
DISC								
FUNDUS								
BV RATIO								
DIAGNOSIS 1								
2								
3								
4								
BLOOD PRESSURE*								
URINE								
BLOOD & OTHER TESTS								
TREATMENT INCLUDING OPERATIONS AND ADVICE GIVEN 1								
2								
3								
4								
5								
ANY DRUG ALLERGY:		CLINIC STAFF CIRCLE ABNORMAL FINDINGS			NEXT VISIT		Copyright Reserved	

[illegible]

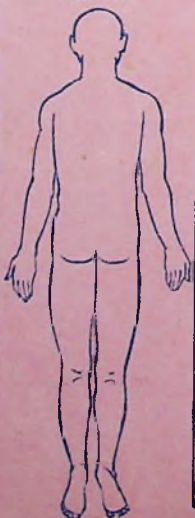
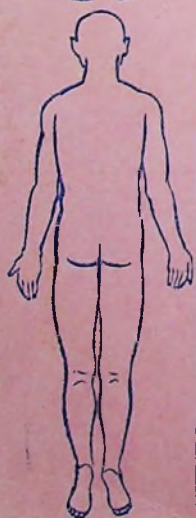
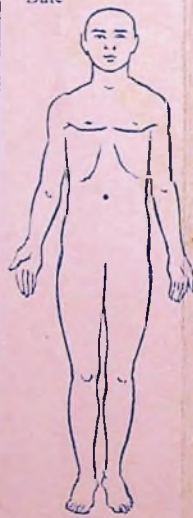
Date _____



Date _____



Date _____



१. कुष्ठ रोग परमेश्वर का श्राप नहीं बल्कि शरीर रोगी का तरह यह भी एक रोग है जो लगातार विश्वास तथा ईमानदारी से इलाज करने में जड़ म प्राराम होता है। ग्रन्थ: रोगी को कभी हताश नहीं होना चाहिए।
२. घनाड़ी लोगों की बातों में आकर रोग ग्रस्त स्थान को नेंडाय या ग्रन्थ किसी हानिकारक दवा से नहीं जलाना चाहिए। जलाने में रोग नहीं छूटना केवल मुन्दर घग खराब हो जाते हैं। रोग तो दवा खाने में छूटता है।
३. रोगी को घाग से अलग रहना चाहिए क्योंकि मुन्न रहने के कारण उम्र मालूम नहीं पड़ता और शरीर जल जाता है जिसमें घाव हो जाते हैं।
४. घाव को हथेला मुसुम (गमं सहने योग्य) पानी से धो कर और मलहम लगा कर पट्टी बांधना चाहिए। पट्टी नहीं बांधने में मिट्टी लगने का डर रहता है घषान् मिट्टी क द्वारा घाव कभी आराम नहीं हो पाता। पट्टी बांधने में कभी शर्म नहीं करनी चाहिए।
५. रोगी को खुले चप्पल पहनना चाहिए। तंग पैर रहने में चोट लगने तथा घाव होने का डर बना रहता है।
६. सब्दा तेल से हाथों की मालिश करनी चाहिए। मरोड मालिश से नस जखमी हो जाता है। मोघे मालिश में नम में मजबूती प्राप्ती है और हाथ टेढ़े होने से बचत है।
७. कुष्ठ रोगी को सब्दा प्रसन्न रहना चाहिए और कुछ हल्का काम करना चाहिए। काम करने में शरीर के सभी अंग मजबूत बने रहते हैं।
८. रोगी को नदी पोष्टिक चीज खानी चाहिए। नमक, माम, मछली तथा अण्डे आदि खाने में कोई हानि नहीं होती, बल्कि उससे शरीर मजबूत होते हैं।
९. रोगी को नशीली चीजों को नहीं खाना चाहिए तथा बोडी, सिगरेट, गोजा, शराब, ताडी इत्यादि नहीं पीनी चाहिए। मिफलिम और कुष्ठ रोग में कोई सम्बन्ध नहीं है।

हम आपके परिवार को कुष्ठ रोग तथा तपेदिक रोग से बा. भी. जी. टीका के द्वारा बचाना चाहते हैं।

[illegible]

इस कांड को प्लास्टिक के लीफाफे में रखें। किसी अस्पताल, सेंटर अथवा डाक्टर को दिखाने के लिए जाते समय इस कांड को अपने साथ ले जायें।

Clinic सेन्टर	Number नम्बर
------------------	-----------------

Name
नाम

Father or Husband
पिता का नाम

House No.
घर नम्बर

Street/Village
गली/गाव

Town P.O.
डाकखाना

Tehsil
तहसील

District
जिला

HISTORY OF THE DISEASE

Duration

First Symptoms

Recent Lesions

History of Contact

Previous Treatment

Other serious illnesses

PROGRESS SUMMARY

प्रगति सारांश

Date Started
शुरू करने की ति

TYPE

Indeterminate

I N

D NDI

	B	N
	L	L

Hospital
हस्पताल

Dates of Stay
दिन जो ठहरे

Reasons कारण

Became Inactive

Became Disease Arrested

Maintenance Dose.....

to be continued for.....years.

HR-5 HINDI

Coordinating Agency for Health Planning, C 45 South Extension,
Part - 2 New Delhi - 110049

Month	DATE Day Month Year			Condition	Skin Smear	ANTILEPROSY TREATMENT				EYES		NOSE	ULCERS AND PHYSIOTHERAPY						ANAEMIA CONTROL			Drug Allergy (if any)	No. of weeks treatment given
						D.D.S.		Other (specify)		Atropine Eye Drops	Other (specify)	Oil (specify) Drops	Dressings	Ointment	M.C. Chapsals	Plaster	Massage	Hb. or Patter	Iron	Other (specify)	OTHER TREATMENTS (specify)		
						Dose in mgs.	Times per week	Dose in mgs.	Times per week														
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							

Recommended Treatment for Reactions - In Order

1. Rest - Aspirin - Alkalies
 2. Anti-malarial Drugs
 3. Antimony - Course of Injections
 4. B 663 - (Lamprene)
 5. Corticosteroids (as a last resort.)
- N. B. Check for Other Diseases.

Suggested Dosage of D. O. S.

- | | |
|--------|--|
| 5 mg. | 2/week x 4 weeks |
| 10 mg. | 2/week x 4 weeks |
| 20 mg. | 2/week x 4 weeks |
| 25 mg. | 3/week x 4 weeks |
| 25 mg. | 4/week x 4 weeks |
| 25 mg. | daily or higher divided dose if needed |

All Tuberculoid type patients require at least 3 years regular treatment.

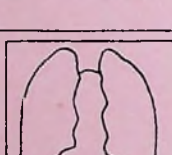
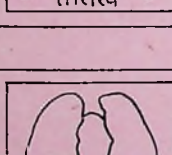
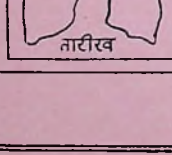
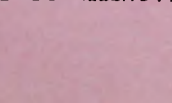
All Borderline and Lepromatous patients require at least 5 years regular treatment and are advised to continue Maintenance Dose for life.

Further records can be stapled on to this record.

0-24

इन्जेक्शन देने वाले को चाहिए कि इन्जेक्शन की सुथक चेक करे और जिस तिथि को इन्जेक्शन दिया गया हो उस महीने के सामने उस तिथि पर गोल चक्कर लगा दे (महीनों का कालम छाती की फोटो के सामने काई के अन्दर के भाग में है)

Voluntary Health Association of India
C-14 Community Centre, S.D.A., New Delhi-16

DATE & RESULT दिन और जांच की रिपोर्ट		बलगम खंखार Sputum for AFB, or biopsy report	महीने जब ये लंगोतार इलाज शुरू हुआ Month when treatment started	दिन Day	महीना Month	साल Year	हीमोग्लोबिन Hb	ई.एस. प्रार. ESR	वजन (भार) Weight	निशानियाँ, इलाज Symptoms, Other tests, Effects of Treatment, and remarks	PAS पास		INH इन्ह		INH and Thiacetazone इन्ह और थियासेटैज़ोन		Streptomycin स्ट्रेप्टोमायसिन		मंफेरोल Mepheryol Other Treatment and Family Planning	कितने दिन की दवाई दी गई No. of Days Supply given	अगली बार आने की तिथि Date of Next Visit
Mantoux मैनटूक्स	BCG तपेदिक का टीका										खाली का ऐक्सरे Chest disease by stethoscope, X-Ray or screening	खुराक Dose	कितनी बार How often	खुराक Dose	कितनी बार How often	खुराक Dose	कितनी बार How often	खुराक Dose				कितनी बार How often
																					
			1																		
			2																		
			3																		
			4																		
			5																		
			6																		
			7																		
			8																		
			9																		
			10																		
			11																		
			12																		
			13																		
			14																		
			15																		
			16																		
			17																		
			18																		
DOSAGE IN CHILDREN											PAS 200 mg/kg 100mg/lb MAX : 6 GMS		INH 20mg/kg 10 mg / lb MAX : 300mg		TZ 2 mg/kg 1 mg/lb START SLOWLY		STM 40mg/kg MAX : 1 GM				

DRUG ALLERGY:

HR 3 HINDI- ENGLISH

Copyright Reserved

STREPTOMYCIN INJECTION RECORD[illegible]

KINDLY BRING THIS CARD TO HOSPITAL EACH TIME

TOWN. P.O. TEHSIL/TALUK

WE CAN HELP YOU PREVENT THIS DISEASE IN YOUR FAMILY

[illegible]

PROTECT YOURSELF FROM OTHER DANGEROUS DISEASES SUCH AS

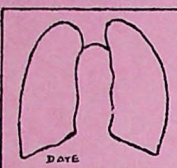
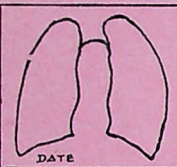
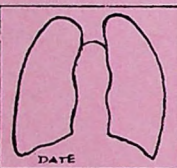
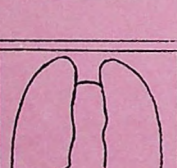
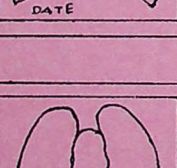
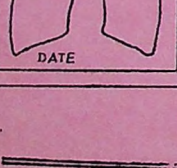
	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
SMALL POX					
TETANUS					
TYPHOID					
CHOLERA					
OTHER					

1. It takes only a few months to stop fever and sputum, but to save your life from this disease takes 18 months of regular treatment.
2. If you stop treatment as soon as you feel better, the disease will surely return and then it will be much more difficult to cure you.
3. Protect the rest of the family by bringing all relatives to clinic for a check-up.
4. Cover your mouth when you have a cough. Keep a special container for sputum. Burn it in the fire. Do not spit on the floor. Use separate spoons and cup.
5. Bring any child in your house who has cough, or is thin and weak, and show to Doctor. Bring any older person who has fever, or loss of weight, or cough.
6. To take your treatment of INH, Streptomycin or PAS regularly, is even more important than a good diet.
7. T. B. is untreated, or half treated, is a very dangerous disease.

1. दवा शुरू करने के कुछ महीने बाद ही बुखार कम हो जाता है और बलगम (Sputum) भी कम हो जाती है। पर, 18 महीने तक इलाज कराना जरूरी है।
2. यदि आप जरा सा अच्छा महसूस करने के बाद इलाज बन्द कर देंगे तो बीमारी फिर से हो जाएगी और तब उसे ठीक करना बहुत कठिन होगा।
3. परिवार के सब लोगों की जांच टी.बी. क्लिनिक में करवाना जरूरी है।
4. खांसते मुंह पर हाथ रखो। बलगम के लिए अलग बर्तन रखो। फर्श पर व खली जगह पर न धूको। बलगम (खंखार) को जला दो। ऐसा नहीं करने से बीमारी फैलती है। रोगी के इस्तेमाल में आने वाले बर्तन अलग रखो।
5. अपने कमजोर, और हमेशा खांसते रहने वाले बच्चों की जांच करवाओ। उन बड़े लोगों की भी जांच होना जरूरी है, जिन्हें बुखार खांसी या कमजोरी रहती है।
6. ताकत वाली खुराक से भी ज्यादा दवाई इन्जेक्शन लेना बहुत जरूरी है।
7. टी.बी. का अगर अच्छी तरह से पूरा इलाज नहीं किया गया तो यह एक खतरनाक बीमारी हो सकती है। इसका महो पूरा इलाज जरूरी है।

تہدق کی ہدایات

- ۱۔ اس مایہ کی علاج کو ۱۸ بیسے دیکھا۔ گئے میں بیمار اور کھانسی
تو جلد ہی دور ہو جاتا ہے۔
- ۲۔ اگر آپ دماغ میں علاج بند کر دیں گے تو بیماری پھر واپس
آپ کو پکڑے گی کہ دوبارہ علاج لانی مشعل ہو جائے گا۔
- ۳۔ اگر آپ کے ماضی میں جس سے کسی ایک کو تین کی شکایت ہے تو
یہ سب تھوڑی دیر کے ساتھ آسان بن آئے آپ کی ہمارے ضرور کرنے
- ۴۔ تنہا کے لئے خاص بننے کے لئے کوفہ میں جلاویں اور کھلی
بھجی زمین پر تھکے اور اچھا چھڑا کر اس پلیٹ کھانے کے
انگ، کیجئے۔
- ۵۔ گھٹیں کو تھپ تھپ جس کو کھانسی ہے اور گھڑ دو کھائی دیتے ہیں ڈانڈ
کو کھائی اور اگر آپ کے گھڑیں کو تھپ تھپ ہے جس کو کھانسی
اور کھانسی یا سب ڈانڈ ہو گیا ہے۔
- ۶۔ اپنی اور اسیان اور ٹیٹھ کے تار کھانسی تھوڑے سے زیادہ ضروری دوا
اور دیکھئے۔
- ۷۔ تھپ دوا اگر پوری طرح سے ٹھیک ہے تو یہ علاج اور دوا رہ جائے یا نہ
کھائے تو دماغ میں علاج ہماری رہ جائے گی۔

DATE & RESULT		Sputum for AFB, or biopsy report बलगम खंखार मनोक को मापने	Months of Regular Treatment begun	Day दिन	Month महीना	Year साल	Hb	ESR	Weight (भार) वजन	Symptoms, Other tests, Effects of Treatment, and remarks निशानियाँ, इलाज नشان علامات علاج کا اثر	PAS पास		INH गोली		INH and Thiacetazone दवा		Streptomycin स्ट्रेप्टोमायसिन		Other Treatment and Family Planning مندرجہ بالا کی سیلیف صلاح	No. of Days Supply given कितने दिन की दवाई दी गई	Date of Next Visit अगली बार आने की तिथि
Mantoux	BCG										Dose खुराक	How often कितनी बार	Dose कितनी	How often कितनी बार	Dose खुराक	How often कितनी बार	Dose खुराक	How often कितनी बार			
			0																		
			1																		
			2																		
			3																		
			4																		
			5																		
			6																		
			7																		
			8																		
			9																		
			10																		
			11																		
			12																		
			13																		
			14																		
			15																		
			16																		
			17																		
			18																		
											PAS 200 mg/kg 100 mg/lb MAX: 6 GMS		INH 20 mg/kg 10 mg/lb MAX: 300 mg		TZ 2 mg/kg 1 mg/lb START SLOWLY		STN 40 mg/kg MAX: 1 GM				

62.12