मातृ सुरक्षा कार्ड

दिशानिर्देश पुस्तिका

JICA/MP Reproductive Health Project

website : www.jicamprhp.org

3

मातृ सुरक्षा कार्ड भरने के निर्देश

यह पुस्तिका मातृ सुरक्षा कार्ड भरने के दिशानिर्देश हेतु बनाई गई है। सभी कार्यकर्ताओं से अपेक्षित है कि कार्ड भरने से पहले यह पुस्तिका अच्छी तरह से पढ़ें एवं कार्ड किस प्रकार भरा जाना है इसे समझें ।

इस पुस्तिका में कार्ड की शुरूआत से हरेक प्रविष्टि कैसे भरी जानी है यह बात स्पष्ट एवं सरल तरीके से समझाई गई है । मातृ सुरक्षा कार्ड में 6 हिस्से हैं । पृष्ठ 1-4 मुख्य कार्ड है जिसे कार्यकर्ता पहली जांच के बाद से केन्द्र में ही रखेंगे । पृष्ठ 5 व 6 कार्ड की काउन्टर फाईल है जिसे गर्भवती महिला को देना है ।

कार्ड में गर्भवती महिला के पंजीयन से लेकर प्रसव के बाद 6 हफ्ते तक का माँ व बच्चे का विवरण नोट किया जा सकता है। यह कार्ड मध्यप्रदेश के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग और जायका म.प्र. प्रजनन स्वास्थ्य परियोजना ने मिलकर बनाया है।

इस निर्देशिका में पृष्ठवार निर्देश दिए गए हैं । आसान पहचान के लिए उक्त पृष्ठ का चित्र भी साथ में दिया गया है ।

मातृ सुरक्षा कार्ड

JICA/MP Reproductive Health Project

पंजीयन क्र. [ ] [ ] [ ] [ ] बी.पी.एल. क्रमांक [ ] हाई रिस्क [ ]

दिन महीना साल पंजी.क्र.

जिला.......................... ब्लाक.......................... गांव..........................

महिला का नाम.......................... पति.......................... जाति..........................

1. उम्र [ ] 2. गर्भावस्था का क्रम [ ]

(18 वर्ष से कम और 35 वर्ष से अधिक प्रसव सुरक्षा की दृष्टि से) (4 से अधिक बच्चे वाली महिला असमान्य)

3. पिछली गर्भावस्था की जानकारी

जीवित जन्म [ ] मृत जन्म [ ] गर्भपात [ ]

4. जीवित संतानों की संख्या- लड़का [ ] लड़की [ ]

5. पिछली तथा वर्तमान गर्भावस्था के बीच का अन्तराल [ ] महीने/वर्ष

6. पूर्व किसी भी गर्भावस्था/प्रसव में कोई जटिलता [हां | नहीं]

यदि हां तो क्या..........................

7. अंतिम माहवारी की दिनांक/संभावित समय (हिन्दी महीना)..........................

8 प्रसव होने की दिनांक/संभावित समय ....

9. लंबाई [ ] (145 सेमी/4 फिट 8 इंच से कम असामान्य)

10. गर्भावस्था पंजीयन दिनांक.......................... 11. JSY राशि भुगतान दिनांक..........................

12. प्रेरक का नाम व पद..........................

ए.एन.एम.

हस्ताक्षर ....

नाम..........................

उपस्वास्थ्य केन्द्र..........................

एल.एच.वी./सेक्टर सुपरवाइजर

हस्ताक्षर..........................

नाम..........................

सेक्टर..........................

1

(हिस्ट्री)

पंजीयन क्रमांक | | | | |

दिन महीना साल पंजी.क.

सर्वप्रथम कार्ड पर गर्भवती माता का पंजीयन क्रमांक लिखें । यह क्रमांक लिखने के लिए आप तारीख (दिन/महीना/साल)लिखकर उस दिनांक की पंजीकृत गर्भवती महिला की संख्या लिखें ।

उदाहरण : | 20 | 08 | 07 | ग 1 | यहां (ग) से मतलब है गर्भवती और (1) पंजीयन कराने वाली गर्भवती महिला की संख्या है ।

बी.पी.एल. क्रमांक | |

दूसरे खाने में महिला का बी.पी.एल. क्रमांक लिखें । यह बी.पी.एल. कार्ड से लिया जायेगा। जो महिलाएं ए.पी.एल. में आती हैं, उनके लिए यह एन्ट्री रिक्त जाएगी ।

हाई रिस्क | |

सभी जाचें करने के बाद अगर महिला में किसी भी प्रकार के खतरे के चिन्ह दिखते हैं, तब तीसरे खाने में (हाई रिस्क) सही का निशान लगाना है । इस खाने से आपको याद रहेगा कि हाई रिस्क केस कौन–कौन से हैं और उन पर विशेष ध्यान देना है ।

जिला	ब्लॉक	गांव......................

अपने जिले तथा ब्लॉक का नाम दिये गए स्थान पर लिखें । महिला जिस गांव में रहती है उसका नाम लिखें।

महिला का नाम	पति..................	जाति.....................

महिला के गांव का नाम, उसका नाम, उसके पति का नाम तथा उसकी जाति चिन्हित स्थान पर लिखें ।

1. **उम्र** | | (18 वर्ष से कम और 35 वर्ष से अधिक प्रसव सुरक्षा की दृष्टि से)
   महिला की उम्र पूछकर उसे | | में भरें। यदि उम्र 18 वर्ष से कम है या 35 वर्ष से ज्यादा है तो ध्यान रखें कि वह असामान्य है। अक्सर महिलायें अनपढ़ होने के कारण अपनी सही उम्र नहीं बता पाती है। ऐसे में उनसे पूछे कि उनकी शादी कब हुई थी और शादी को कितने साल हो गए। शादी के कितने समय बाद पहला बच्चा हुआ है एवं उसकी उम्र क्या है? उस हिसाब से उनकी उम्र का अनुमान लगायें।

2. गर्भावस्था का क्रम ☐ (4 से अधिक बच्चों वाली महिला असामान्य)

महिला से पूछें कि वह कितनी बार गर्भवती हुई (ग्रेविडा)। वर्तमान गर्भावस्था की गिनती भी इसमें करें। आंकड़ों को निर्धारित खाने में ☐ भरें।

3. पिछली गर्भावस्था की जानकारी –

जीवित जन्म ☐ मृत जन्म ☐ गर्भपात ☐

पिछली गर्भावस्था के परिणाम की पूर्ण जानकारी खानों में ☐ भरें।

जीवित जन्म : गर्भावस्था के सातवें माह बाद जन्मा बच्चा जो जीवित जन्मा हो।

मृत जन्म : गर्भावस्था के सातवे माह बाद जन्मा बच्चा जो मृत जन्मा हो।

गर्भपात : गर्भावस्था में सात माह के पहले बच्चा गिर गया हो।

4. जीवित संतानों की संख्या – लड़का ☐ लड़की ☐

वर्तमान में जीवित बच्चों की संख्या लिखें।

5. पिछली तथा वर्तमान गर्भावस्था के बीच का अन्तराल ☐ महीने / वर्ष

- सबसे छोटे बच्चे की उम्र पूछ कर खाने में लिखें एवं उसके अनुसार महीने/वर्ष पर गोला लगायें।
- यदि पिछली गर्भावस्था में जन्मा बच्चा जीवित नहीं हो तब भी उसकी संभावित उम्र लिखें।
- यदि पिछली गर्भावस्था का परिणाम गर्भपात हो तो वह कितने महीने अथवा वर्ष पूर्व हुआ था उसकी जानकारी पूछकर लिखें।

6. पूर्व किसी भी गर्भावस्था / प्रसव में कोई जटिलता | हां | नहीं |

पूर्व किसी भी गर्भावस्था अथवा प्रसव में कोई जटिलता हो तो हां अथवा नहीं में उचित जगह पर (√) चिन्ह लगायें। यदि उत्तर 'हां' हो तो जटिलता का पूर्ण विवरण नीचे दी गई जगह पर लिखें।

7. अंतिम माहवारी की दिनांक / संभावित समय (हिन्दी महीना).............

महिला की अंतिम माहवारी की दिनांक लिखें (माहवारी शुरू होने का प्रथम दिवस)।

- यदि महिला हिन्दी माह के अनुसार बता रही है तो उस समयावधि को अंग्रेजी केलेण्डर के हिसाब से लिखें। ऐसी स्थिति में अंग्रेजी महीना एव साल लिखना पर्याप्त है।
- यदि महिला हिन्दी महीना भी नहीं बता पा रही हो तो उसे मुख्य त्योहारों के अनुसार समयावधि याद करने को कहें। जैसे– संक्रांति के पहले / बाद होली, रामनवमी इत्यादि।

8. **प्रसव होने की दिनांक / संभावित समय** ....

माहवारी शुरू होने के प्रथम दिवस में 9 महीने 7 दिन जोड़ कर प्रसव की संभावित तिथि लिखें।

- यदि महिला ने हिन्दी माह के अनुसार समय बताया है तो उसमें 9 माह जोड़ कर लिखें।

9. **लंबाई** [ ] (145 सेमी/4 फिट 8 इंच से कम असामान्य)
महिला की लंबाई स्केल/इंचीटेप से नापकर दिये गये एवं खाने [ ] में लिखें।

- जहां आप गर्भवती महिलाओं की जांच करेंगी वहां पहले से दीवार पर इंचिटेप से मार्किंग बना लें।

10. **गर्भावस्था पंजीयन दिनांक** ....

जिस दिन पहली बार महिला ने अपनी गर्भावस्था की जानकारी आपको दी, वह दिनांक लिखें ।

- यह आवश्यक नहीं है कि जिस दिन महिला का पंजीयन हुआ हो उसी दिन आपने उसकी ए.एन.सी. जांच की हो (कोशिश करें कि पंजीयन के साथ ही महिला की प्रथम जांच भी हो)

11. **JSY राशि भुगतान दिनांक :** आपके अपने रिकार्ड के लिए, प्रसव होने के बाद महिला को जे.एस. वाय. का भुगतान कब मिला वह दिनांक यहां पर लिखें ।

12. **प्रेरक का नाम व पद**....................................

संस्थागत प्रसव हेतु गांव में जिसने महिला को प्रेरित कर अस्पताल लाया हो, उसका नाम लिखें। इससे JSY योजना के अन्तर्गत प्रेरक राशि का भुगतान सही व्यक्ति को हो सकेगा ।

- पहला पृष्ठ भरने के बाद ए.एन.एम. यहां अपना हस्ताक्षर कर अपना व उप स्वास्थ्य केन्द्र का नाम लिखें । एल एच.वी./सेक्टर सुपरवाइजर उपस्वास्थ्य केन्द्र भ्रमण के दौरान ए.एन.एम. द्वारा भरे गये कार्ड का निरीक्षण करें एवं अपना नाम व सेक्टर लिख कर हस्ताक्षर करें।

प्रसवपूर्व जाँच

	जाँच	प्रथम जाँच	द्वितीय जाँच	तृतीय जाँच
13.	दिनांक			
14.	गर्भावस्था की अवधि			
15.	वजन			
	प्रथम त्रैमास में 40 किलो से कम वजन असामान्य प्रथम तिमाही के बाद हर हफ्ते 500 ग्राम या हर महीने 2 किलो वजन औसतन बढ़ता है			
16.	पल्स			
	80–90 प्रति मिनट सामान्य			
17.	क्या खून की कमी है	हां / नहीं	हां / नहीं	हां / नहीं
18.	क्या सूजन है	हां / नहीं	हां / नहीं	हां / नहीं
19.	बी.पी.			
	120/80 सामान्य 140/90 असामान्य			
20.	गर्भाशय की ऊंचाई (हफ्तों में)			
21.	शिशु की स्थिति	सीधा / पैर से / आड़ा	सीधा / पैर से / आड़ा	सीधा / पैर से / आड़ा
22.	शिशु की हलचल			
	माँ को 20 हफ्ते बाद दिन में 10-12 बार हलचल पता चलती है			
23.	शिशु की हृदयगति			
	120 से 160 प्रति मिनट हृदयगति सामान्य			
24.	हीमोग्लोबिन			
	11 ग्राम हीमोग्लोबिन से कम असामान्य			
25.	यूरीन एल्ब्यूमिन	सा./ट्रेस, +, ++, +++, ++++	सा./ट्रेस, +, ++, +++, ++++	सा./ट्रेस, +, ++, +++, ++++
	(यदि एल्ब्यूमिन +++ या अधिक है तो असामान्य स्थिति होती है)			
26.	यूरीन शुगर	सा./ट्रेस, +, ++, +++, ++++	सा./ट्रेस, +, ++, +++, ++++	सा./ट्रेस, +, ++, +++, ++++
	(यदि शुगर +++ या अधिक है तो असामान्य स्थिति होती है)			

प्रसव पूर्व जांच

नीचे दिए गए निर्देशों को सावधानीपूर्वक पढें

(प्रथम, द्वितीय एवं तृतीय जांच की जानकारी भरने के निर्देश एक समान है।)

अगली प्रविष्टियां तालिका में भरी जायेंगी इस तालिका को भरने के दिशानिर्देश निम्न हैं–

– तालिका चार भागों में बंटी है। बांये हाथ पर जांच के बिन्दु दिये गये हैं जो कि हर बार जांच के लिए एक जैसे हैं। हर जांच के दौरान इन पर जानकारी लेना आवश्यक है।

– बाकीबची तालिका को तीन खड़े भागो में बांटा गया है–प्रथम जांच, द्वितीय जांच, तृतीय जांच । आप ध्यान दें कि हर जांच के लिये अलग रंग का इस्तेमाल किया गया है। आपको एक बार में एक ही रंग के खड़े भाग में जानकारी भरनी है।

–यह आवश्यक नहीं है कि प्रथम, द्वितीय एवं तृतीय जांच गर्भावस्था की प्रथम द्वितीय एवं तृतीय तिमाही से मेल खाती हो।

– यदि किसी स्थिति में महिला की चौथी बार जांच करनी पड़े तो पेन/पेन्सिल से तृतीय जांच के खाने की दांयी ओर अतिरिक्त जानकारी भरें।

13. दिनांक : वह दिनांक लिखें जिस दिन आप महिला की जांच कर रहीं हैं।

14. गर्भावस्था की अवधि: जिस दिन जांच की उस वक्त गर्भावस्था का कौन सा महीना चल रहा है, यह लिखें।

15. वज़न : स्किल चेक लिस्ट में दिए गए निर्देशानुसार महिला का वज़न लेकर भरें।

- कार्ड में नीचे वज़न बढ़ने संबंधित जानकारी दी गई है।
- द्वितीय एवं तृतीय जांच में इस बात की ओर ध्यान दें कि महिला का वज़न कितना बढ़ रहा है।
- यदि प्रारंभिक जांच में महिला का वजन (चौथे–पांचवे महीने में) 40–42 किलो हो तो बाद की जांचों में यह देखें कि वजन में बढ़ोत्तरी ठीक हो रही है या नहीं।

16. पल्स : स्किल चेक लिस्ट में दिए गए निर्देशानुसार घड़ी देखकर एक मिनट तक पल्स गिनें एवं दिए गये खाने में लिखें।

17. **क्या खून की कमी है** : स्किल चेक लिस्ट में दिए गए निर्देशानुसार शारीरिक जांच करें एवं उचित खाने मे | हां | नहीं | का चिन्ह लगाऐं ।

18. **क्या सूजन है** : स्किल चेकलिस्ट में दिए गए निर्देशानुसार शारीरिक जांच करें एवं उचित खाने में | हां | नहीं | का चिन्ह लगायें।

19. **बी.पी.** : स्किल चेक लिस्ट में दिए गए निर्देशानुसार बी.पी. की जांच कर खाने में रीडिंग भरें।

- 140/90 से अधिक बी.पी. होने पर इस बात का ध्यान रखें कि महिला का प्रीएक्लोम्सिया हो सकता है एवं उसे रेफर करना (डॉक्टर के पास) आवश्यक है।
- अत्याधिक कम बी.पी. होने पर महिला को खान–पान संबंधित सलाह देने की आवश्यकता है। ध्यान रखे।

यदि प्रथम जांच चार महीने के अन्दर की जा रही है तो, क्रमांक 20 से 23 तक की जांचें प्रथम जांच में नहीं करनी है । क्योंकि इन जांचों का निष्कर्ष गर्भावस्था के पांचवे महीने के बाद ही ठीक से निकाला जा सकता है । अतः यह खाने कार्ड में गहरे कर दिए गए हैं। किन्तु यदि महिला की प्रथम जांच 5 माह बाद हो रही है, तो यह जांचें भी करनी होगी ।

20. **गर्भाशय की ऊंचाई (हफ्तों में)** : स्किल चेक लिस्ट के निर्देशानुसार पेट की जांच कर गर्भावस्था की अवधि लिखें।

- महिला द्वारा बताई गई गर्भावस्था की अवधि से यह मेल खाता है या नहीं यह देखें।
- अवधि से छोटे या बड़े पेट के आकार का कारण जानने हेतु ए.एन.सी. ट्रेनिंग मॉड्यूल देखें।

21. **शिशु की स्थिति** : पेट की जांच में मिली जानकारी के अनुसार उचित खाने में (✓) का चिन्ह लगायें।

- बच्चे की स्थिति चौथे माह के बाद पता चलती है। अतः चार माह से पहले हुई जांच में इसकी जानकारी नहीं मिलेगी।
- गर्भावस्था के $8^{1/2}$ माह तक बच्चे की स्थिति बदलती रहती है। अतः इस अवधि में असामान्य स्थिति होने पर उसका पुनः फालोअप करके देखें। हो सकता है कि शिशु सामान्य स्थिति में आ गया हो।

● यदि शिशु की स्थिति 8½ माह बाद भी असामान्य है तो महिला को रेफर करने की आवश्यकता है।

22. शिशु की हलचल : यदि गर्भावस्था 20–24 हफ्ते की है तो मां से गर्भस्थ शिशु की हलचल के बारे में पूछें।

● सामान्यतः मां को दिनभर में 10–12 बार हलचल महसूस होनी चाहिये।

23. शिशु की हृदयगति : स्किल चेकलिस्ट के निर्देशानुसार शिशु की हृदयगति (FHS) देखें । हृदयगति पूरी 1 मिनट तक गिने ।

● FHS गिनने के बाद खाने में सही रीडिंग भरें।

● ध्यान रहे कि शिशु की हृदयगति सातवें महीने के उपरांत अच्छी तरह से सुनाई पड़ती है।

24. हीमोग्लोबिन की जांच : स्किल चेकलिस्ट के निर्देशानुसार महिला का हेमोग्लोबिन चेक करें।

● सही जगह पर रीडिंग लिखें।

● यदि महिला का Hb (हेमोग्लोबिन) 7 या इस से कम है तो उसे गंभीर एनामिया है तथा उसे रेफर करना आवश्यक है।

● यदि महिला का Hb (हीमोग्लोबिन) 7 से 10 के बीच में है तो उसे आई.एफ ए. की गोलियां देना जरूरी है। साथ में हरी पत्तेदार साग–भाजी इत्यादि खान–पान की समझाइश देना जरूरी है।

25.–26. यूरीन एल्ब्यूमिन एवं शुगर की जांच : स्किल चेकलिस्ट के अनुसार महिला की पेशाब की जांच करें।

● जांच के लिए युरिस्टिक का प्रयोग करें ।

● सही चिन्ह पर गोला लगायें ।

● पेशाब में एल्ब्यूमिन या शुगर ++/+++/++++ होने पर महिला को रेफर करना आवश्यक है।

प्रसवपूर्व जाँच

27. इंजेक्शन टिटनेस टॉक्साइड की दिनांक

प्रथम डोज/बूस्टर डोज	द्वितीय डोज

28. आयरन फोलिक एसिड की गोलियां

दिनांक			
मात्रा			

29. यदि महिला को रेफर किया गया है

	प्रथम त्रैमास	द्वितीय त्रैमास	तृतीय त्रैमास
दिनांक			
कारण			
संस्था			
रेफरल का फालोअप	हाँ / नहीं	हाँ / नहीं	हाँ / नहीं
फालोअप दिनांक			

30. सलाह के बिन्दु (✓ लगाइए)

	प्रथम जाँच	द्वितीय जाँच	तृतीय जाँच
खतरे के चिन्ह			
खानपान			
स्तनपान			
परिवार नियोजन			
संस्थागत प्रसव			

31. यदि महिला में निम्न कोई जटिलता हो तो ✓ का चिन्ह लगाएँ।

A पूर्व गर्भावस्था में जटिलता	B वर्तमान गर्भावस्था में जटिलता	C प्रसव के दौरान जटिलता
पूर्व प्रसव में शिशु का वजन 2.5 कि.ग्रा. से कम	जुड़वा बच्चे का होना	24 घंटे से अधिक योनिद्वार से पानी आना (लीकिंग)
पूर्व गर्भावस्था में शिशु का वजन 4 कि.ग्रा. से अधिक	5 माह गर्भावस्था के पश्चात गर्भस्थ शिशु का न घूमना	प्रसव की प्रथम अवस्था 12 घंटे से अधिक
जन्मजात विकृति वाला बच्चा होना	रक्त स्राव	द्वितीय अवस्था 1 घंटे से अधिक
हाई बी.पी. या एक्लेम्सिया	डायबिटीज (मधुमेह)	प्रसव पश्चात आंवल का गर्भाशय में 1/2 घंटे से अधिक रहना
बुखार	सांस फूलना, धड़कन महसूस होना (दिल की बीमारी)	गर्भ के 36 सप्ताह पूर्ण होने के पूर्व प्रसव पीड़ा शुरू
रक्तस्राव	पीलिया	अत्याधिक तापमान (बुखार)
	मलेरिया	प्रसव के दौरान अथवा प्रसवोपरांत अत्यधिक रक्तस्राव होना
	गर्भवती महिला में कोई भी विकलांगता का होना	
	उच्च रक्तचाप (140/90)	

3

प्रसवपूर्व जांच

27. T T दिनांक : **कार्यकर्ता ने कौनसी दिनांक को टिटेनस का टीका लगाया है, कि जानकारी लिखेंगे । और महिला ने कहीं और से लगवाया है तो** महिला से पूछे कि वर्तमान गर्भावस्था में उसे टिटनेस का टीका कब लगा है।

- जनकारी के अनुसार प्रथम/द्वितीय डोज की दिनांक उचित खाने में भरें।
- यदि महिला को केवल बूस्टर डोज लगा है तो उसे प्रथम डोज / बूस्टर डोज वाले खाने में दर्ज करें।
- यदि महिला निश्चित तारीख न बता पा रही है तो उचित खाने में केवल ✓ का चिन्ह लगायें।
- केवल प्राप्त टिटनेस के टीके की दिनांक लिखें। प्रथम डोज मिलने की स्थिति में पहले से अगले डोज की संभावित दिनांक न भरें।

28. आई.एफ.ए गोलियां : ध्यान से देखिये कि इस प्रविष्टि में मात्रा एवं दिनांक के लिए अलग–अलग खाने बने हुए हैं।

- हर त्रैमास में किस दिनांक को कितनी आई.एफ.ए. गोलियां दी, यह दर्ज करें।
- यदि प्रथम भेंट में ही 100 गोलियां दी गई है तो वह इकट्ठी लिखें।

नोट : प्रथम त्रैमास में आई. एफ. ए. की गोलियां महिला को नहीं दी जातीं।

29. यदि महिला को रेफर किया गया है : इस प्रविष्टि में त्रैमास के हिसाब से जानकारी भरनी होगी।

- जिस त्रैमास में महिला को रेफर किया है उसकी पूर्ण जानकारी लिखें।

- रेफर करने की दिनांक, कारण एवं कहां रेफर किया उस संस्था का नाम स्पष्ट लिखिए।

- महिला को रेफर करने के बाद आपने फिर उसका फालोअप किया या नहीं इस बात की जानकारी के लिये (हाँ/नहीं) में उचित स्थान पर [✓] लगायें।

- फॉलोअप दिनांक को खाने में लिखें।

30. सलाह के बिन्दु :प्रत्येक जांच में आपने महिला को किन–किन विषयों पर सलाह दी उस अनुसार उचित खाने में [✓] का चिन्ह लगायें।

- किसी सलाह की विस्तृत जानकारी लिखने के लिये नीचे दी गई जगह का उपयोग करें।

31. जटिलता वाली गर्भावस्था

नीचे दी गई तालिका में जटिलताओं को तीन हिस्सों में दर्शाया गया है ।

A .पूर्व गर्भावस्था में जटिलता ।

B. वर्तमान गर्भावस्था में जटिलता ।

C. प्रसव के दौरान जटिलता। बॉक्स में दी गई खतरे की स्थितियां हैं। इन में से कोई भी चिन्ह दिखने पर महिला को तुरन्त रेफर करने की आवश्यकता है।

- गर्भावस्था में पहली जांच के वक्त महिला की हिस्ट्री लें व A कॉलम में उपयुक्त खाने में [✓] चिन्ह लगाऐं ।

- तीनों जांचों के दौरान यदि काई जटिलता पता चलती है तो B कॉलम में उपयुक्त खाने में [✓] चिन्ह लगाऐ ।

- इसी तरह प्रसव के दौरान जटिलता होने पर C कॉलम में ✓ का चिन्ह लगाऐं ।

- कुछ जटिलताओं के बारे में आप नियमित जांचों में भी जानकारी भरती रहेंगी । किन्तु यहां उन्हें फिर से इसलिए लिखा गया है ताकि जटिलता

- यदि वर्तमान गर्भावस्था में कोई जटिलता पता चलती है तो पृष्ठ 1 में हाई रिस्क के खाने में ✓ का चिन्ह लगाऐं. ऐसा करने से आपको हमेशा यह ध्यान रहेगा कि इस महिला पर अधिक ध्यान देने की आवश्यकता है ।

प्रसवोत्तर जाँच

32. वर्तमान गर्भावस्था का परिणाम (सही पर ✓ लगावें)

सामान्य प्रसव	☐	आपरेशन द्वारा प्रसव	☐
मृत जन्म	☐	गर्भपात	☐
जुड़वां या अधिक बच्चे	☐	कम दिन का प्रसव	☐

33. शिशु का लिंग- लड़का ☐ लड़की ☐ 34. वज़न (कि.ग्रा.) ☐

35. प्रसव की दिनांक.................... 36. प्रसव का स्थान..........................

37. माँ की स्थिति				
क्र.	48 घंटे	तीसरे दिन	सातवें दिन	6 हफ्ते में
38. दिनांक				
	☐ अत्यधिक रक्त स्राव	☐ बुखार	☐ बदबूदार स्राव	☐ परिवार नियोजन की सलाह नहीं दी
	☐ झटके आना	☐ स्तनों में गांठ	☐ पेशाब में तकलीफ	☐ टीकाकरण की सलाह नहीं दी
	☐ कम बी.पी.	☐ मानसिक अवसाद	☐ स्तनपान में तकलीफ	☐ स्तनपान की सलाह नहीं दी

39. शिशु की स्थिति				
क्र.	48 घंटे	तीसरे दिन	सातवें दिन	6 हफ्ते में
40. दिनांक				
	☐ स्तनपान शुरू नहीं हुआ	☐ स्तनपान में तकलीफ	☐ पीलिया	☐ वजन नहीं बढ़ रहा है
	☐ शिशु की त्वचा ठंडी है	☐ झटके या असामान्य हलचल	☐ स्तनपान में तकलीफ	☐ बी.सी.जी. नहीं लगा है
	☐ सांस लेने में तकलीफ	☐ नाल से स्राव	☐ झटके या असामान्य हलचल	☐ स्तनपान में तकलीफ
	☐ पेशाब नहीं हुई	☐ शरीर पर फोड़े-फुंसी	☐ नाल से स्राव	
	☐ उल्टी हो रही है	☐ पीलिया	☐ बुखार	

पृष्ठ–4

प्रसवोत्तर जाँच

इस पृष्ठ पर प्रसव के बाद की जानकारी भरनी है। यदि प्रसव आपके केन्द्र पर नहीं हुआ है या आप प्रसव के दौरान उपस्थित नहीं थीं तो यह जानकारी प्रसूता महिला से पहली बार मिलने पर भरें। यह ध्यान रहे कि प्रसव के 48 घण्टे के अन्दर जच्चा एवं बच्चे का हाल जानना अत्यन्त आवश्यक है।

यदि प्रसव संस्थागत है तो कार्यकर्ता को जच्चा–बच्चा का हाल जानने के लिए उसके घर तब जाना चाहिए जब वह अस्पताल से घर आ जाए

32. वर्तमान गर्भावस्था का परिणाम–

यहां 6 पर्याय दिए गए हैं। गर्भावस्था के परिणाम अनुरूप सही खाने में चिन्ह लगाऐं।

- कुछ स्थितियों में सामान्य प्रसव में मृत जन्म हो सकता है तब आप इस तरह चिन्ह लगाऐंगी :–

सामान्य प्रसव	✓	ऑपरेशन द्वारा प्रसव	
मृत जन्म	✓	गर्भपात	
जुड़वां या अधिक बच्चे		कम दिन का प्रसव	

- यदि मृत जन्म ऑपरेशन द्वारा प्रसव में होता है तब :–

सामान्य प्रसव		ऑपरेशन द्वारा प्रसव	✓
मृत जन्म	✓	गर्भपात	
जुड़वां या अधिक बच्चे		कम दिन का प्रसव	

- यदि कम दिन के प्रसव में जुड़वां बच्चे होते तब इस तरह चिन्ह लगाऐंगी :–

सामान्य प्रसव		ऑपरेशन द्वारा प्रसव	
मृत जन्म		गर्भपात	
जुड़वां या अधिक बच्चे	✓	कम दिन का प्रसव	✓

गर्भपात की स्थिति में हो सकता है कि दूसरी अथवा तीसरी प्रसव पूर्व जांच के कॉलम खाली रह जाऐ। गर्भपात की परिभाषा पृष्ठ 1 की विस्तृत जानकारी में स्पष्ट दी गई है शंका होने पर पुनः एक बार परिभाषा पढ़ लें।

याद रखिए: आपको 33,34, 35 प्रविष्टियां मृत जन्म की स्थिति में भी भरनी है।

33. **शिशु का लिंग** : जन्म के तुरन्त बाद बच्चे के लिंग को सही खाने में ✓ निशान द्वारा चिन्हित करें।

34. **वजन (कि.ग्रा.)** : जन्म के तुरन्त बाद बच्चे का वजन मशीन से तौलकर इस खाने में लिखें । याद रखें :-.

2.5 किग्रा. (2500 ग्राम)	सामान्य वजन
2 किग्रा. (2000 ग्राम)	कम वजन, परन्तु बच्चे की देखभाल घर पर, परिवार द्वारा की जा सकती है ।
1.8 किग्रा. (1800 ग्राम)	कम वजन, बच्चे को तुरन्त ऐसे नजदीकी अस्पताल भेजें जहां कम वजन के शिशुओं के देखभाल की व्यवस्था है ।

35. **प्रसव की दिनांक**...............................

प्रसव दिनांक जिस दिन बच्चे का जन्म हुआ वह तारीख लिखें। यदि गर्भपात हुआ है तो यहां गर्भपात की तारीख लिखें।

36. **प्रसव का स्थान** : जहां पर प्रसव हुआ है, उस स्थान का नाम लिखों । जैसे

जिला अस्पताल खरगौन

या

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, हटा, दमोह

या

घर पर

नीचे दी गई तालिका में संपूर्ण प्रसवोत्तर जांचों की जानकारी भरनी है ।

नोट – प्रसवोत्तर अवधि : प्रसव से लेकर 6 हफ्तों तक होती है। क्रमांक 37 मॉ की स्थिति एवं 39 शिशु की स्थिति के बिन्दु दिए गए हैं । ध्यान दीजिए कि प्रसवोत्तर जांचों को 4 हिस्सों में बांटा गया है ।

प्रसव के 48 घंटे पर

तीन दिन

सातवे दिन

6 हफ्तों तक

- इन अवधियों का खास महत्व है क्योंकि इन में जांच करने से कई जटिलताओं से समय रहते निपटा जा सकता है ।
- यह तालिका अवधि के अनुसार अलग अलग रंगों में विभाजित है। जैसा कि प्रसव पूर्व जांच में आपने हर जांच एक ही रंग के खाने में ऊपर से नीचे भरी थी, ठीक उसी तरह यहां भी जानकारी भरिए।
- यदि प्रसव संस्थागत है एवं जच्चा-बच्चा तीन दिन बाद घर आए हैं, ऐसी स्थिति में पहली (48 घंटे) एवं दूसरी (तीसरे दिन) जांच संस्था में ही हो जानी चाहिए ।

- यदि प्रसव उपस्वास्थ्य केन्द्र पर हुआ है तो पहली एवं दूसरी जांच करने के बाद ही जच्चा – बच्चा को घर भेजें।
- यदि घर पर प्रसव हुआ है तो पता चलते ही तुरंत जाकर जच्चा–बच्चा की जांच करें।
- आपके लिए यह संभव नहीं है कि पहली से लेकर आखिरी जांच तक आप जच्चा–बच्चा की सारी जांचें स्वयं कर सकें । ऐसी स्थिति में आपके क्षेत्र में आने वाले हर एक गांव, मजरे / टोले में आपको ऐसे सहायक की आवश्यकता पड़ेगी जो इस काम में आपकी मदद कर सके । आशा अथवा आंगनवाड़ी कार्यकर्ता इस कार्य में आपकी मदद कर सकती हैं । इसके लिए उन्हें जांच के सिलसिलेवार बिन्दु लिखकर दें एवं हर एक बिन्दु को अच्छी तरह से समझाऐं । उनकी भूमिका यह रहेगी कि वे अपने गांव, मजरे / टोले में हुए प्रसव की जानकारी निश्चित अवधि पर जांच के बाद अपने पास नोट करके रखें । जब आप इस गांव का भ्रमण करें तब बच्चा–बच्चा की जांच कर वर्तमान की जानकारी लिखें एवं पिछली जानकारी आशा / आंगनवाड़ी कार्यकर्ता से नोट करें ।
- वैसे तो जच्चा–बच्चा की चारों जांचें होना अत्यन्त आवश्यक है । किन्तु यदि महिला उपस्वास्थ्य केन्द्र के गांव में न रह कर क्षेत्र के किसी अन्य गांव में रहती है, तब आपके द्वारा स्वयं सभी जांचें करना शायद संभव न हों । ऐसी स्थिति में ध्यान रखिए कि 48 घण्टे में एवं 6 हफ्ते पर आप अवश्यजांच करें । यह इसलिए आवश्यक है क्योंकि 48 घण्टे के अन्दर माँ एवं बच्चे में कई जानलेवा जटिलताऐं उत्पन्न हो सकती हैं । इसी तरह 6 हफ्ते पर माता को परिवार नियोजन की जानकारी एवं बच्चे के लिए टीकाकरण की सलाह देना अत्यंत महत्वपूर्ण है ।

37. मां की स्थिति : हर प्रसव पश्चात जांच अत्यन्त महतवपूर्ण है । विभिन्न प्रसव पश्चात अवधि में विभिन्न जटिलताओं की स्थिति बनती है। यहां केवल वही स्थितियां दी गई हैं। जिनके होने पर तुरन्त उपचार अथवा रेफरल की आवश्यकता होगी। यदि विशिष्ट लक्षण महिला में दिखें तो उपयुक्त खाने में ✓ चिन्ह लगाऐ ।

38. दिनांक : जिस दिन प्रसवोत्तर जांच की वह दिनांक उपयुक्त समयावधि में लिखें।

39. शिशु की स्थिति : 6 हफ्ते तक का समय नवजात शिशु के लिये भी ✓ अत्यन्त महत्वपूर्ण समय है । विभिन्न समयावधि में कौन–कौनसी जटिलताओं के लक्षण दिखेंगे। यह इस तालिका में दिए गयें हैं। यह लक्षण दिखने पर सही खाने मे चिन्ह लगाऐ ।

40. दिनांक : जिस दिन नवजात शिशु की जांच की वह दिनांक उपयुक्त समयावधि में लिखें ।

यह प्रति गर्भवती महिला को दें।

मातृ सुरक्षा कार्ड काउन्टर फाइल
प्रसवपूर्व जाँच

पंजीयन क्र. [ ] [ ] [ ] [ ] (दिन महीना साल पंजी. क्र.)   बी.पी.एल. क्रमांक [ ]   हाई रिस्क [ ]

जिला.......................... ब्लाक.......................... गांव..........................

महिला का नाम.......................................पति.......................... जाति..........................

1. उम्र [ ]
(18 वर्ष से कम और 35 वर्ष से अधिक प्रसव सुरक्षा की दृष्टि से)

2. गर्भावस्था का क्रम [ ]
(4 से अधिक बच्चे वाली महिला असमान्य)

3. पिछली गर्भावस्था की जानकारी

जीवित जन्म [ ]   मृत जन्म [ ]   गर्भपात [ ]

4. जीवित संतानों की संख्या- लड़का [ ]   लड़की [ ]

5. पिछली तथा वर्तमान गर्भावस्था के बीच का अन्तराल [ ] महीने/वर्ष

6. पूर्व किसी भी गर्भावस्था/प्रसव में कोई जटिलता   हां | नहीं

यदि हां तो क्या..

7. अंतिम माहवारी की दिनांक/संभावित समय (हिन्दी महीना)..........................

8 प्रसव होने की दिनांक/संभावित समय ....

9. लंबाई [ ] (145 सेमी/4 फिट 8 इंच से कम असामान्य)

10. गर्भावस्था पंजीयन दिनांक..........................   11. हीमोग्लोबिन..........................

12. इंजेक्शन टिटनेस टाक्साइड की दिनांक   प्रथम डोज/बूस्टर डोज [ ]   द्वितीय डोज [ ]

13. JSY राशि भुगतान दिनांक..........................

14. प्रेरक का नाम व पद..........................

15. प्रसवपूर्व जाँच	प्रथम जाँच	द्वितीय जाँच	तृतीय जाँच
दिनांक			
खतरे का चिन्ह			
रेफरल संस्था			

ए.एन.एम.

हस्ताक्षर ....

नाम..........................

उपस्वास्थ्य केन्द्र..........................

एल.एच.वी./सेक्टर सुपरवाइजर

हस्ताक्षर..........................

नाम..........................

सेक्टर..........................

पृष्ठ –5

मातृ सुरक्षा कार्ड–काउन्टर फॉइल

- यह मातृ सुरक्षा कार्ड का वह हिस्सा है जिसे गर्भवती महिला को पहली जांच के वक्त ही देना है ।
- महिला को हर बार जांच के लिए आते समय यह काउन्टर फॉइल अपने साथ लाने की हिदायत दें ।
- हर बार आपको काउन्टर फॉइल में भी जांच की जानकारी लिखना है ।
- ज्यादातर जानकारी कार्ड एवं काउन्टर फॉईल में समान ही है । परन्तु यह आवश्यक है कि दोनों में जानकारी भरी जाए क्योंकि कार्ड ए.एन.एम. के पास रहेगा एवं काउन्टर फॉइल महिला के पास ।
- आसानी के लिए हर जानकारी कार्ड एवं काउन्टर फॉइल में साथ–साथ ही भरें।
- पंजीयन क्रमांक से लेकर क्रमांक 10 गर्भावस्था पंजीयन दिनांक तक वही जानकारी भरिए जो कार्ड के प्रथम पृष्ठ पर भरी है ।

11. **हिमोग्लोबिन : पहली बार जांच कर यहां लिखें ।**

12. **इंजेक्शन टिटनेस टाक्साइड** : दोनों खानों में टी.टी. लगाने की तारीखें साफ–साफ लिखें

13. **जे.एस.वाय. राशि भुगतान दिनांक** : जिस दिन राशि दी गई वह दिनांक लिखें ।

14. **प्रेरक का नाम व पद** : संस्थागत प्रसव हेतु जो व्यक्ति महिला को लाया हो उसका नाम व पद यहां लिखें।

15. **प्रसव पूर्व जांच** : यहां प्रथम, द्वितीय एवं तृतीय जांच को क्रमशः सफेद, हरा एवं गुलाबी रंग में दर्शाया गया है ताकि जानकारी भरते समय आप भ्रमित न हों ।

- चूंकि यह हिस्सा गर्भवती महिला के पास रहना है अतः इसमें बहुत अधिक जानकारी भरने की आवश्यकता नही है । हर जांच में सही कॉलम में जांच की दिनांक, खतरे के चिन्ह (यदि हों तो) एवं रेफर की गई संस्था का नाम लिखिए ।

पहला पृष्ठ भरने के बाद ए.एन.एम. यहां हस्ताक्षर कर अपना व उपस्वास्थ्य केन्द्र का नाम। एल.एच.वी. /सेक्टर सुपरवाइजर उपस्वास्थ्य केन्द्र भ्रमण के दौरान ए.न.एम. द्वारा नए भरे गए कार्ड का निरीक्षण करें एवं अपना नाम व सेक्टर लिखकर हस्ताक्षर करें ।

प्रसवोत्तर जाँच

16. प्रसव दिनांक........................ 17. स्थान..................................

18. शिशु का लिंग...................... 19. वज़न..................................

20. माँ

जाँच	48 घंटे	तीसरे दिन	सातवें दिन	6 हफ्ते तक
दिनांक				
खतरे का चिन्ह				
रेफरल संस्था				

21. शिशु

जाँच	48 घंटे	तीसरे दिन	सातवें दिन	6 हफ्ते तक
दिनांक				
खतरे का चिन्ह				
रेफरल संस्था				

22. यदि महिला में निम्न कोई जटिलता हो तो ✓ का चिन्ह लगाएँ।

A पूर्व गर्भावस्था में जटिलता	B वर्तमान गर्भावस्था में जटिलता	C प्रसव के दौरान जटिलता
☐ पूर्व प्रसव में शिशु का वज़न 2.5 कि.ग्रा. से कम	☐ जुड़वा बच्चे का होना	☐ 24 घंटे से अधिक योनिद्वार से पानी आना (लीकिंग)
☐ पूर्व गर्भावस्था में शिशु का वज़न 4 किग्रा. से अधिक	☐ 5 माह गर्भावस्था के पश्चात गर्भस्थ शिशु का न घूमना	☐ प्रसव की प्रथम अवस्था 12 घंटे से अधिक
☐ जन्मजात विकृति वाला बच्चा होना	☐ रक्त स्त्राव	☐ द्वितीय अवस्था 1 घंटे से अधिक
☐ हाई बी.पी. या एक्लेम्शिया	☐ डायबिटीज़ (मधुमेह)	☐ प्रसव पश्चात आंवल का गर्भाशय में 1/2 घंटे से अधिक रहना
☐ बुखार	☐ सांस फूलना, धड़कन महसूस होना (दिल की बीमारी)	☐ गर्भ के 36 सप्ताह पूर्व होने के पूर्व प्रसव पीड़ा शुरू
☐ रक्तस्राव	☐ पीलिया	☐ अत्यधिक तापमान (बुखार)
	☐ मलेरिया	☐ प्रसव के दौरान अथवा प्रसवोपरांत अत्यधिक रक्तस्राव होना
	☐ गर्भवती महिला में कोई भी विकलांगता का होना	
	☐ उच्च रक्तचाप (140/90)	

प्रसवोत्तर जांच

16–19 क्रमांक : कार्ड में भरी गई जानकारी को यहां पुनः भरे ।

इन जानकारियों को भरने के निर्देश कार्ड में क्रमांक 33–36 समान ही हैं ।

20. प्रसव पश्चात् महिला की 4 बार जांच होना अनिवार्य है । यहां हर बार जांच की दिनांक खतरे के चिन्ह (यदि कोई है) एवं किस स्स्था में रेफर किया गया यह लिखें।

21. इसी तरह नवजात शिशु की हर जांच के बाद उपयुक्त कॉलम में दिनांक, खतरे के लक्षण (यदि कोई है) एवं रेफरल संस्था का नाम लिखें । विस्तृत जानकारी के लिए कार्ड में कमांक देखें ।

22. यह तालिका भरने के लिए पृष्ठ 3 पर कमांक 31 के निर्देश देखें ।

COMMUNITY HEALTH CELL
LIBRARY AND INFORMATION CENTRE
BANGALORE

DR-300
11371

JICA/MP Reproductive Health Project
22. Nadir colony, Shamla Hills, Bhopal-462013 (MP)
Phone : +91 755 2661960 Fax : +91 755 2661961
website : www.jicamprhp.org