



श्री सत्य साई सेवा संघटना

महाराष्ट्र आणि गोवा



माता व बाल संगोपन आरोग्य पत्र (प्रसूतीपूर्व चिकित्सा)

हे कार्ड गर्भवती स्त्री/बाळाच्या आईजवळ राहिल.

अ. नं.	भेटीचा दिनांक	वजन कि.ग्रॅ.	आठवडे	गर्भाशय उंची	एफ. एच. एस्.	रक्तदाब	हिमोग्लोबिन (%)	लघवी तपासणी		हातपाय चेहऱ्यावर सूज	संदर्भसेवा कोणती / कशासाठी	औषधोपचार	सही
								अॅल्बुमिन	शुगर				
१.													
२.													
३.													
४.													
५.													

● बाळंतपणाचा दिनांक :

● बाळंतपणाचा निष्कर्ष : जिवंत / मृत

● जन्म वजन : ग्रॅम

● बाळंतपण झालेले ठिकाण : _____

● लिंग : पुरुष / स्त्री

● प्रसूती प्रशिक्षित व्यक्तीकडून करून घ्यावी.

● विवाह, जन्म व मृत्यु नोंदणी ग्रामपंचायत / नगरपालिका, महानगरपालिकांमध्ये करणे आवश्यक आहे.

● स्तनपान, अर्ध्या तासात सुरु करावे. चिकयुक्त दुध हे बाळाचे पहिले लसीकरण आहे.

● बाळास सर्व लसी योग्य वयात व वेळेवर द्या.

● प्रसूतीनंतर ४८ तासांपर्यंत मातेस दवाखान्यात भरती ठेवणे सुरक्षित आहे.



बालकाचे नाव : _____

जन्म दिनांक : _____ लिंग - पु./स्त्री

जन्म नोंदणी क्र. व दिनांक : _____ आर-१६ नं.- _____



श्री सत्य साई सेवा संघटना महाराष्ट्र आणि गोवा माता व बाल संगोपन आरोग्य पत्र



भेटीचा दिनांक	वजन	कुपोषणाची श्रेणी	लस	अपेक्षित वयोगट	दिनांक
			०-पोलिओ	जन्मतः	
			बीसीजी	जन्मतः	
			ट्रिपल पहिला	१ १/३ महिने	
			ट्रिपल दुसरा	२ १/३ महिने	
			ट्रिपल तिसरा	३ १/३ महिने	
			पोलिओ पहिला	१ १/३ महिने	
			पोलिओ दुसरा	२ १/३ महिने	
			पोलिओ तिसरा	३ १/३ महिने	
			हिपॅटायटीस बी १ला	*	
			हिपॅटायटीस बी २रा		
			हिपॅटायटीस बी ३रा	३ १/३ महिने	
			गोवर	९ महिने	
			जीवनसत्व - अ १	९ महिने	
			डीपीटी (बु)	१ १/३ वर्षे	
			पोलिओ (बु)	१ १/३ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ २	१ १/३ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ३	२ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ४	२ १/३ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ५	३ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ६	३ १/३ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ७	४ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ८	४ १/३ वर्षे	
			जीवनसत्व - अ ९	५ वर्षे	
			डी. टी.	५ वर्षे	

* दवाखान्यात प्रसूती झाल्यास हिपॅ. बीचा जन्मतः डोस द्यावा व त्यानंतर १ १/३ म. दुसरा व ३ १/३ म. तिसरा डोस द्यावा. प्रसूती घरी झाल्यास ट्रिपल सोबत तीन डोस द्यावेत. (१ १/३, २ १/३, ३ १/३ म.)

उपकेंद्र/प्रा.आ. केंद्र/ना. दवा./नाव : _____

मातेचे नाव : _____

पतीचे नाव : _____

संपूर्ण पत्ता : _____

दूरध्वनी क्र./मोबाईल क्र. : _____

वय - _____ आर १५ नं.

उंची - _____ खेप - _____

प्रवर्ग - खुला/इतर मा. व./अनुजाती/अनुजमाती/इतर:

जननी सुरक्षा योजनेचा नोंदणी क्र.: _____

शेवटच्या मासिक पाळीचा दिनांक : _____

प्रसूतीचा अपेक्षित दिनांक : _____

एकूण बाळंतपणे (गर्भावस्था)/यापूर्वीचे जिवंत जन्म : _____

शेवटचे बाळंतपण कोठे झाले? दवाखान्यात _____ घरी _____

कोणी केले : प्रशिक्षित दायी, परिचारिका _____ अप्रशिक्षित दायी, व्यक्ती _____

प्रसूतीचा प्रका : स्वाभाविक _____ अस्वाभाविक _____

संदर्भ सेवेकरिता रुग्णालयाचे नाव : _____

धनुर्वात लस	दिनांक	लोहयुक्त गोळ्या	दिनांक
पहिला		पहिला	
दुसरा		दुसरा	
बुस्टर		बुस्टर	

तपासण्या

रक्कगट: _____ RH

व्ही.डी.आ.एल.: _____ Positive / Negative

- एक किंवा दोन मुले पुरेत.
- दोन मुलात कमीत कमी ३ वर्षांचे अंतर ठेवा.
- जुलाब होता बाळराजा, क्षारसंजीवनी पाजा.
- पाच वेळा प्रसूतीपूर्व तपासणी वेळचे वेळी करून घ्या.

