

| प्रयोगशाला परीक्षण | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|-------|-------|---------|---|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|--|
| Date (DD/MM/YY) | | | Hb | Albumin | Urine | | Blood Sugar | HBsAg | VDRL | Retro- virus | Other | |
| | | | | | Protien | Sugar | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| स्वास्थ्य संवन्धी मुख्य मुख्य समस्या | | | | | | | | | | | | |
| सुत्केरी सेवा | | | | | | | | | | | | |
| आमालाई भिटामिन ए दिएको मिति | | | | | | आमालाई आईरन चक्कि दिएको संख्या | | | | | | |
| गत | | महिना | | साल | | | | | | | | |
| सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण | | | | | | | | | | | | |
| जाँच पटक | | मिति | | | आमाको अवस्था | बच्चाको अवस्था | उपचार/ सल्लाह | गर्भनिरोध साधन प्रयोग | सेवा प्रदायकको नाम थर र सही | | | |
| | | ग | म | सा | | | | | | | | |
| सुत्केरी भएको २४ घण्टामा | | गत | महिना | साल | | | | | | | | |
| सुत्केरी भएको तेस्रो दिन | घरमा | गत | महिना | साल | | | | | | | | |
| | संस्था | गत | महिना | साल | | | | | | | | |
| सुत्केरी भएको ७-१४ दिन | घरमा | गत | महिना | साल | | | | | | | | |
| | संस्था | गत | महिना | साल | | | | | | | | |
| सुत्केरी भएको ४२ औं दिन | | गत | महिना | साल | | | | | | | | |
| थप जाँच | | गत | महिना | साल | आमा तथा बच्चाको अवस्था उपचार सल्लाह पनि साधन प्रयोग | | | | | | | |

| बागमती प्रदेश सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालय स्वास्थ्य निर्देशनालय हेटौंडा, नेपाल स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------|----------------|---------------|------------------|--------------------|---|--|
| मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड | | | | | | | | | | | |
| स्वास्थ्य संस्थाको नाम | | | | जिल्ला | | नगर/गाउँपालिका | | वडा नं. | | | |
| मुल दर्ता नं. | | | | सेवा दर्ता नं. | | ORC दर्ता नं. | | दर्ता मिति | | | |
| | | | | | | | | गत महिना साल | | | |
| गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण | | | | | | | | | | | |
| नाम, थर | | | | उमेर | | उचाई (से.मि.) | | | | | |
| जिल्ला | | | | नगर/गाउँपालिका | | वडा नं. | | | | | |
| गाउँ टोल | | | | सम्पर्क नं. | | रक्त समुह | | | | | |
| गर्भको पटक (हालको समेत) | | | | पतिको नाम, थर | | | | | | | |
| अधिल्ला गर्भहरूको विवरण | | | | | | | | | | | |
| अधिल्ला गर्भहरूको क्रम | गर्भको विवरण | | | | | जिवित बच्चाको | | गर्भको जटिलता | प्रसूतीको किसिम | | |
| | जिवित | मृत जन्म | अवधि नपुगेको (< ३७ हप्ता) | जुम्ल्याहा | गर्भपतन | लिङ्ग | हालको उमेर | | | | |
| पहिलो | | | | | | | | | | | |
| दोस्रो | | | | | | | | | | | |
| तेस्रो | | | | | | | | | | | |
| अधिल्ला गर्भमा टि.डी खोप लगाएको विवरण | | | | | टि.डी. १ | १ | टि.डी. २ | २ | टि.डी. २+ | ३ | |
| कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको | | | | | | | | | | | |
| नाम र थर | | | | पद | | दस्तखत | | मिति | | | |
| स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं. | | | | एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.) | | | | | | | |