









स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय महिला एवं बाल विकास मंत्रालय



ममता कार्ड)

राजस्थान

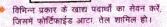
'(बाद गहिला हाईरिक गर्भावस्था है हो जा								
महिला का आधार नम्बर :								
राजस्थान जन आधार कार्ड नम्बर :								
राशन कार्ड आई. ही. मध्यर :								
बी.पी.एल. पंजीकरण संख्या :								
महिला का बैंक खाता सं.								
र्येक का नाम								
IFSC codeशहर/ गाँव								
गर्पवर्ता महिला दिव्यांग है/नहीं								
जच्चा एवं परिवार का विवरण								
पति का नाम — वर्ष								
पूर्ण पता								
जिला —————								
स्वयं/पति/परिवार के अन्य सदस्य का मोबाइल नं								
्रचच्चा के पिता/माई का मोबाइल नं.								
जच्चा की शिक्षा : अनपदः/प्रायमिक/माध्यमिक/हाईस्कूल/स्नातक/स्नातकोत्तर								
योग्य दम्पत्ति संख्या								
पी.सी.टी.एस.आई.डी. नं.								
गर्भवती महिला की पंजीकरण संख्या पंजीकरण दिनांक / /								
अन्तिम मासिक चक्र की तिथि / / प्रसव की सम्मावित तिथि / /								
कुल गर्म/पहले जीवित जन्मे बच्चों की संख्या /								
पिछला प्रसव कहां कराया गया 🗸) का निशान लगायँ वि. संस्थान 🔃 घर								
प्रसव परिणाम 🕢 का निशान लगार्वे गर्भपात 🔝 जीवित जन्म 🌅 मृत शिशु जन्म 🌅								
पी.एम.एम.वी.वाई. लाम की पात्रता (🗸) का निशान लगावें हाँ 📗 नहीं 🔝 जे.एस.एस.वाई. पंजीकरण संख्या								
ज.एस.एस.वाई मुगतान राशि तिथि / /								
जन्म का विवरण								
क्रमांक								
बच्चे का नाम जन्म पंजीयन हुआ (हाँ/नहीं) जन्म तिथि / जन्म समय जन्म के समय वजन								
(1) And (1) An								
त्रिशु को पी.सी.टी.एस.आई.डी. नं.								
तायु व पात्वा.दा.द्वा.वाइ.डा. व.								
HWC								
गंगनवादी कर्पकर्ता आगा-वादी केन्द्र आशा स्क्रमीणिनी मोबाइत नं								
एम एम								
. स्वा. केंद्र (प्रापीण)शहरी) - अस्पतान,प्रथम रेफरत यूनिट (एफ.खार.यू.) - न्तांक मु. स्वा. केंद्र(अस्पतान)जन्म कि. संस्था (/) का निशान तथायें								
तु. त्व. केन्द्र(अस्वात्)अन्य वि. संस्या का दूरमाथ नं								
The state of the s								

गर्मावस्था के दौरान नियमित जाँच अनिवार्य है मूत्र जाँच द्वारा गर्भावस्था परीक्षण नहीं दिनाँक पहली तिमाही में स्वास्थ्य केन्द्र में पंजीकरण कराएं। पंजीकरण प्रसवपूर्व जाँच पंजीकरण के बाद कम से कम चार बार एवं अतिरिक्त (आवश्यकतानुसार) प्रसव पूर्व जाँच अवश्य करवाएं। प्रत्येक जाँच के समय रक्तचाप, खून व पेशाब की जाँच कर अवश्य लिखें। प्रत्येक जाँच के समय अपना वजन अवश्य करवायें। गर्भावस्था में कम से कम 9-11 कि.ग्रा. वजन बढ़ना चाहिये। गर्भावस्था के अन्तिम 6 महीनों में हर महीने कम से कम एक कि.ग्रा. वज़न अवश्य बढ़ना चाहिए। टीडी के टीके टीडी के दो टीके लगवाएं। पहला टीका गर्भावस्था की पुष्टि होने पर और दूसरा टीका एक माह के बाद। (तिथि भरें) * टी.डी. की एक खुराक दीजिए यदि पिछले तीन टीका लगांया गया था।

गर्मावस्था के दौरान देखमाल







- अधिक मात्रा में भोजन करें। लगभग सामान्य आहार से एक चौथाई ज्यादा।
- आँगनवाड़ी केन्द्र से मिले पूरक पोषाहार को नियमित रूप से खाएं।
- मोजन खाने के बाद कुल्ला अवश्य करें और दिन में कम से कम दो बार अश/बातून करें।



- दिन में कम से कम 2 घण्टे आराम करें। इसके अलावा रात में 8 घण्टे सोयें।
- केवल आयोडीन युक्त नमक या आयरन एवं आयोड़ीन युक्त नमक का उपयोग

प्रसव पूर्व देखमाल

पूर्व गर्मावस्था में प्रसूति संबंधी जटिलता

ज्या सही जवाब पर निशान (✓) लगाएं क. तपंदिक	क. ए.पी.एच. ख. एक्लेम्पसिया ग. पी.आई.एच. ा घ. रक्त की कमी ड. बाधित प्रसव च. पी.पी.एच. ा छ. सिजेरियन ऑपरेशन ज. जन्मजात दोष इ. गर्भपात ा ञ. अन्य ज. जन्मजात दोष इ. गर्भपात ा								
क. तपेविक	अन्य चिकित्सकीय जटिलता								
छ. सफलिस ज. एचआईवी / एडस ज. गुर्दे की बीमारी ज. अन्य (उल्लेखित करें) जाँच ऊ. अन्य (उल्लेखित करें) जाँच ऽसवाई (से.मी) इदय फेफड़े स्तन (दवे हुए निपल की जीच करें) प्रस्त पूर्व जाँच 1 2 3 4 किल्ला प्रस्त पूर्व जाँच 1 2 3 4 किल्ला तिथि गभं की अविध (सप्ताह) कन्न (कि.ग्रा.) नक्र की गति रक्तवाप पनीमिया पेतों में सुजन पीतिया परेवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हॉ / नहीं) हयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अल्ला कोड- । प्रतक्तीतर त्वरोजन साधन का नाम लिखे अल्ला कोड- । प्रतक्तीतर त्वराह/से.मी. गर्नस्थ शिशु को हिलना-डुलना गर्नस्थ शिशु को प्रति मिनट हुदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अत्वर्धयक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मृत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मृत्र जाँच - राक्यी (शुगर) एच.आई.वी. सकीनिंग सफलिस सकीनिंग सफड़े जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का स्थार पर फल रक्त गुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि									
छ. सफलिस ज. एचआईयी एडस इ. गुर्दे की बीमारी ज. अन्य (उल्लेखित करें) जाँच सिमारी इ.य फेफड़े स्तन (देव हुए नियल की जींच करें) प्रस्त पूर्व जाँच	क. तपीदेक ख. उच्च रक्तचाप ग. हृदय रोग								
जैंबाई (से.मी) हृदय फेफड़े स्तन (देव हुए नियल की जींच करे) प्रस्त पूर्व जाँच 1 2 3 4 5 लिखि गर्भ की अविधि (सप्ताह) जलन (कि.ग्रा.) नजज की गति रक्तचाप एनीमिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) खानत परिवार नियोजन सामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) अन्य समस्या कोंक प्रत्योजन सत्ववरी 2.गीजीआईयूतीकी 3 इन्लेक्ट्रेबल बोन्हारोप्टिव 4 छावा 5 गला-एन 6 तिरोध पेट की जाँच भूग की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु को हिल्ता-डुलना कथंनती गर्भस्थ शिशु को प्रति मिनट हृदय गति पी.वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लीबन (ग्राम) मृत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मृत्र जाँच - राक्येप (शुगर) एख.आई.यी. स्कीनिंग सफालेला सक्रीनिंग अल्डासोनीग्राफी (म्प्रक) (हीं / नहीं) गर्भकालीन मधुमेंह जाँच (ОСП) हेपेटाइटिस की स्किनिंग HBSAg जाँच की तिथि HBSAg जाँच की तिथि पस्ता गुप एवं आर.एच, प्रकार तिथि 1. धायराहुड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शुप एवं आर.एच, प्रकार तिथि तिथि 1. धायराहुड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शुप एवं आर.एच, प्रकार तिथि तिथि	1	य. मधुमेह ड. दमा		Ш	च. मिर्ग		Ш		
प्रस्त पूर्व जाँच प्रस्त पूर्व जाँच प्रस्त पूर्व जाँच 1 2 3 4 कि कि कि करें) प्रस्त पूर्व जाँच 1 2 3 4 कि कि करें तिथि गर्भ की अविधि (सप्ताह) जान (कि.ग्रा) गठज की गति रक्तचाप एनीमिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) स्यानित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समरया को - 1 प्रतानेतर ननवंदी 2 गीगीआईयूतीकी ३ इन्वेक्ट्रेस्त कोन्द्रांटिव ६ छावा ६ माना-एन ६ निर्केष पेट की जाँच पूण की लंबाई सप्ताहरीसे.मी. गर्भस्थ शिशु को खिलता-जुलना गर्भस्थ शिशु को प्रिति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - राक्येत (शुगर) एस.आईवी. स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ड्रासोनोग्राफी (म्प्रक) (हीं / नहीं) गर्भकालीन मधुमेंह जाँच (OGIT) हेपेटाइटिस की स्क्रिनेंग HBSAg जाँच की तिथि HBSAg जाँच की तिथि पस्त गुप एवं आर.एच. प्रकार तिथि 1. धायराहुड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शुप एवं आर.एच. प्रकार तिथि तिथि 1. धायराहुड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शुप एवं आर.एच. प्रकार तिथि तिथि तिथि	छ. सिफलिस 🔲 ज. एचआईवी / एड़स 📗 झ. गुर्दे की बीमारी								
प्रसव पूर्व जाँच 1 2 3 4 किल्लाकान्य किलि परंग की अवधि (सप्ताह) वजन (कि.प्रा.) नक्ज की गति रक्तचाप एलीसिया परीस्था नियोजन हेतु परामर्श दिया गय? (हाँ / नहीं) व्यानित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1 प्रवर्णत नवसी 2 भीजाईयूनी 3 इन्जेक्ट्रेबल कोन्द्रानेटिव 4 छावा 5 माला-एन 6 निर्तेष पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति पी.वी. यदि किया गया हो अावस्थक जाँच हीमोग्लीबन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - इंक्ट्रेस (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्द्रासोनोग्राफी (हफ्ष) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (ОСП) हेपेटाइटिस ने सिक्रिंग HBSAg जाँच की तिथि HBSAg जाँच का परिणाम HBSAg जाँच का परिणाम HBSAg जाँच का विश्व जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये जच्च सत्त संस्था पर रेफर रक्त गुप एवं आर.एच. प्रकार वैकल्पिक जाँच 1. शायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्कर (शुगर) िक्रीको	ञ. अन्य (उल्लेखित करें) जाँच								
प्रसव पूर्व जाँच 1 2 3 4 किंक्ववायमण किंववायमण किंवव	ſ	ऊँचाई (सेमी) हृदय	फेफडे	स्त	न (दबे हए	निप्पल की	जाँच करें)		
तिथि गर्भ की अवधि (सप्ताह) बजन (कि.ग्रा.) नक्ज की गति रक्तचाप एनीसिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हाँ / नहीं) मुण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु की क्यांति गर्भस्थ शिशु की क्यांति कर्मनहीं ब्रामित्या सामान्य कर्मनहीं कर्मन									
तिथि गर्भ की अवधि (सप्ताह) बजन (कि.ग्रा.) नवज की गति रक्तवाप एनीमिया देशें में सूजन पीलिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) यरिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) यरवार नियोजन होतु परामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) यरवार नियोजन होतु परामर्श दिया गया? (हीं / नहीं) यरवार समस्या कोड- । प्रवर्गकर नववंदी 2-पीणीआईय्बीकी 3 इन्जेक्टेबन कोन्द्रतीरिव 4 छाया 5 गाला-एन 6 निर्णेष पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.भी. गर्भस्थ शिशु की हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु का प्रतिना-डुलना गर्भस्थ शिशु को प्रति मिनट हृत्य गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मृत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मृत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मृत्र जाँच - राकंस (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग सफलिस मधुनेह जाँच (ОСП) हेपेटाइटिस की सिक्रिमेंग HBSAg जाँच को परिणाम HBSAg जाँच का परि		प्रसव पूर्व जाँच							
तिथि गर्भ की अविध (सप्ताह) बजन (कि.या.) नज की गति रक्तचाप एनीमिया चैरों में सूजन पीलिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हॉं/नहीं) चयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अल्य समस्या कोड- 1 प्रसर्वार नसबरी २गीजीआईय्की ३ इन्वेक्टेबन कोन्ट्रावेप्टिव ६ छावा ५. माल-एन ६ किसे पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की हिलना-बुलना कम्मनही गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न राकरा (शुगर) एच-आई.वी. स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोयाफी (म्फल)(हॉ/नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (ОСПТ) हेपेटाइटिस बी दिक्रनिंग HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का तिथि HBsAg जाँच का तिथि पांजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मान 2. रक्त शुर्कर (शुगर)			1	2	3	4	(ਪੀਦੁਸ਼ਦੁਸ਼ਦੁਸਦ)		
गर्म की अवधि (सप्ताह) बजन (कि.ग्रा.) नक्र की गति रक्तचाप एनीमिया धेरों में सूजन पीलिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हॉ / नहीं) ग्रायित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1 प्रवर्तातर नव्ववेरी 2 पीणीआईमूलीडी 3 इन्जेक्टेबल कोन्हांसीप्टिव 4. छावा 5. माला-एन 8 निरोध पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु की हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच होमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - रार्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोगाफी (FWB) (हॉ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनेंग HBSAg जाँच की तिथि HBSAG जाँच का परिणाम HBSAG जाँच का तिथि पस्त के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर तिथि रक्त गुप एंव आर.एच. प्रकार		तिथि					क तहत)		
नज्ज की गति रक्तवाप एनीमिया परीवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हाँ / नहीं) ययति परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड— 1 प्रसर्वोत्तर नक्तवंदी 2 पीपीआईयूकी 3 इन्जेक्टेबल कोन्ट्रावेण्टिव 4. छावा 5. माला-एन 6. निरोध पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/सं.भी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच होमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGIT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का तिथि पत्रत्व ग्रुप एवं आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्कर्स (शुगर)									
एनीमिया पैरों में सूजन पीलिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हाँ / नहीं) चयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1 प्रसवोत्तर नत्ववंदी 2मीपीआई यूर्तीकी 3 इन्जेक्टेबल कोन्ट्रातेगिटव 4. छावा 5 माला-एन 6 निरोध पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न सर्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ह्रासोनोगाफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (ОСП) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन विकेष		THE RESIDENCE THE PROPERTY OF							
एनीमिया पैरों में सूजन पीतिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हाँ / नहीं) चयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1 प्रसवीतर नत्ववेरी 2 पीपीआईय्लीकी ३ इन्जेक्टेबन कोन्द्रातीटिव ६ छावा ६ गाला-एन ६ निरोध पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्मस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना कम्पनहीं गर्भस्थ शिशु का प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो आवश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच एल्ब्यूमिन सिक्षिय तेषिथ 1. थायराइड उत्तेजक हार्मांन तिथि 2. रक्त शर्करा (शुगर)		नब्ज़ की गति				ng is			
पीलिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हॉ / नहीं) घयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड - 1 प्रस्तोत्तर नस्त्रदी 2 पीपीआईयूतीजी 3 इन्जेक्टेबल कॉन्ट्रावेण्टिव 4. छावा 5 माला-एन 6. निर्लेख पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु को प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न सकीनिंग अल्द्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस बी सिक्रनिंग HBsAg जाँच को तिथि HBsAg जाँच को तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg गाँच का परिणाम HBsAg गाँच का परिणाम सक्तव के लिये चल्ल स्तर संस्था पर रेफर तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त ग्रार्करा (शुगर)		रक्तचाप							
पीलिया परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हाँ/नहीं) घयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1 प्रस्तोत्तर नत्तवंदी 2 गीपीआईयूत्तीजी 3 इन्जंबरेबल काँन्हावेप्टिव 4 छावा 5 गाला-एन 6 निर्तेष पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना सामान्य/कम/नही गर्भस्थ शिशु का प्रतिनाट-डुलना हदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच न सकरा (शुगर) एच.आई.वी. स्कीनिंग अल्द्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ/नहीं) गर्भकालीन मधुमेंह जाँच (ОБП) हेपेटाइटिस बी सिक्रनिंग HBsAg जाँच को तिथि HBsAg जाँच को तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच के लिये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर तिथि रक्त ग्रुप एवं आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्करा (शुगर)	100	THE PARTY OF THE P							
परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हॉ / नहीं) चयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1. प्रसर्वातर नसर्वदी 2 पीपीआईयूलीडी 3. इन्जेक्टेबल कोन्द्रासेटिव 4. प्राया 5. माला-एन 8. निरोध पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना सामान्य/कम्मनही कम्मनही कम्म		C C					or hydr		
चयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1. प्रत्योत्तर नसर्वयी 2 पीपीआईयूसीडी 3. इन्जेक्टेबल कोन्ट्रासेप्टिब 4. छाया 5. माला-एन 6. निरोध पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.भी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु की हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (ह्मक्ष) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (ОСП) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम पसव के लिये जच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तैतिथ		परिवार नियोजन हेतु परामर्श							
साधन का नाम लिखे अन्य समस्या कोड- 1 प्रसर्वात्तर नसवंदी 2पीपीआईयूसीडी 3 इन्जेक्टेबन कोन्ट्रासीटिव 4 छावा 5 माला-एन 6 निर्मेष्ठ पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थित गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना सामान्य/कम/नही कम/नही कम/नही कम/नही कम/नही कम/नही कम/नही कम्पनही कम									
कोड- 1 प्रसवीत्तर नसवंदी 2पीपीआईयूनीबी 3 इन्जंबरेबल कॉन्ट्रासेप्टिव 4 छाया 5 माला-एन 6 निर्चेष्ठ पेट की जाँच भूण की लंबाई सप्ताह/सं.भी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना सामान्य/ कम्पनही व्यवस्थक जाँच हिमोग्लीबन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एचःअई.वीः स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग अल्द्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (0GTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBSAG जाँच का परिणाम HBSAG जाँच का परिणाम HBSAG पाँजिटिव पाये जाने पर संस्थामत प्रस्कर सस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. धायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्करा (शुगर) तिथि									
भूण की लंबाई सप्ताह/सं.भी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु को प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीभोग्लोबिन (प्राम) भूत्र जाँच - एल्यूमिन मृत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सफलस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ/ नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम पत्रव के लिये जच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्करा (शुगर) तिथि तिथे तिथि तिथ	Water of	अन्य समस्या	गिडी ३ इन्जेट	त्टेबल कॉन्टार	पिटव ४. छाय	ा ५. माला-ए	न 6. निरोध		
भूण की लंबाई सप्ताह/से.मी. गर्भस्थ शिशु की स्थिति गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना गर्भस्थ शिशु को प्रति मिनट हृदय गति पी./वी. यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सफलस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBSAG जाँच को तिथि HBSAG जाँच को परिणाम HBSAG जाँच को लिथि पत्राव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्करा (शुगर) तिथि									
गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना सामान्य/ सामान्य/ कम्/नही अन्त्रयं ति क्या गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच्थ्याई-वीः स्क्रीनिंग अल्द्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस वी स्क्रिनेंग मिष्ठअतु जाँच की तिथि मिष्ठअतु जाँच का परिणाम मिष्ठअतु जाँच का परिणाम मिष्ठअतु जाँच का परिणाम पाँजिटिव / नेगेटिव हाँ / नहीं प्रस्त ग्रुप एवं आर.एच. प्रकार तिथि विधि विधि विधि विधि विधि विधि विधि व									
गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना सामान्य/ कम/नही अम्म/नही कम/नही कम/न									
गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गित पी./वी. यदि किया गया हो आवश्यक जाँच ही मोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच॰आई.वी॰ स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम पीजिटिब / मेगेटिव समय को लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर स्क्ता ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि तिथि						HER CHIMBS AND AND			
पीः/वीः यदि किया गया हो अावश्यक जाँच हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एचःआईं वीः स्क्रीनिंग सफिलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg पाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. धायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्करा (शुगर)		गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट इंदय गति							
हीमोग्लोबिन (ग्राम) मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम पासव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रस्ता ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)		पी./वी. यदि किया गया हो							
मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच-आई-वी- स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)		3	भावश्य	क जाँच	I				
मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच-आई-वी- स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTI) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)	THE	हीमोग्लोबिन (ग्राम)							
मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर) एच॰आई॰वी॰ स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम पाजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त गुप एंव आर.एच. प्रकार वैकल्पिक जाँच 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)									
एच.आई.वी. स्क्रीनिंग सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम पाँजिटिव / नेगेटिव सिBsAg पाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन 2. रक्त शर्कर। (शुगर)		A STATE OF THE STA							
सिफलिस स्क्रीनिंग अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg पाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)									
अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं) गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्किनिंग HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg जाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रस्ता ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)		CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF							
गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT) हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBSAG जाँच की तिथि HBSAG जाँच का परिणाम HBSAG पाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्कर (शुगर)		The State of the S							
सेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग HBSAg जाँच की तिथि HBSAg जाँच का परिणाम HBSAg जाँच का परिणाम HBSAg पॉजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)									
HBsAg जाँच की तिथि HBsAg जाँच का परिणाम HBsAg पाँजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रैफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन 2. रक्त शर्करा (शुगर)		हेपेटाइटिस बी स्क्रिनिंग							
HBsAg जींच का परिणाम पाजिटव / नगांटप HBsAg पींजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रस्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन तिथि 2. रक्त शर्करा (शुगर)		us 4 जॉन की विधि							
HBsAg पॉजिटिव पाये जाने पर संस्थागत हाँ / नहीं प्रसंय के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि // 1. थायराइड उत्तेजक हार्मीन तिथि // 2. रक्त शर्करा (शुगर) तिथि		HBsAg जाँच का परिणाम	EAST OF						
प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रंकर रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि		UBAA पॉलिटिव पाये जाने पर सं	स्थागत	गगत हाँ / नहीं					
रक्त ग्रुप एवं आर.एवः प्रकार		प्रसंव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रंफर							
1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन		रक्त ग्रुप एंव आर.एच. प्रकार तिथि //							
1. थायराइंड उत्तजक हामान 2. रक्त शर्करा (शुगर) तिथि		वैकल्पिक जाँच							
2. रक्त शर्करा (शुगर)		क्रिक हार्मीन तिथि							
		्यार्थ (चरार)							
3. अन्य के के किलोगित मासिक गाम स्वास्थ्य पोषण एवं स्वस्थता दिवस में				ि तिथि	a	1			
		3. अन्य <u></u>	ग्राम स्व	ास्थ्य पोष	ाण एवं र	वच्छता वि	देवस मे		

शामिल हों