



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
महिला एवं बाल विकास मंत्रालय



(मातृ शिशु सुरक्षा कार्ड)

ममता कार्ड

राजस्थान

क्या गर्भावस्था
हाईरिस्क पर है?

हाँ ना

महिला का आधार नम्बर :
भामाशाह आई. डी. नम्बर :
राशन कार्ड आई. डी. नम्बर :
बी.पी.एल. पंजीकरण संख्या :
महिला का बैंक खाता सं.

बैंक का नाम शाखा

IFSC code शहर/ गाँव

जच्चा एवं परिवार का विवरण

जच्चा का नाम आयु वर्ष
पति का नाम व्यवसाय
पूर्ण पता
जिला
स्वयं/पति/परिवार के अन्य सदस्य का मोबाइल नं.
जच्चा के पिता/माई का मोबाइल नं.
जच्चा की शिक्षा : अनपढ़/प्राथमिक/माध्यमिक/हाईस्कूल/स्नातक/स्नातकोत्तर

योग्य दम्पति संख्या
पी.सी.टी.एस.आई.डी. नं.
गर्भवती महिला की पंजीकरण संख्या पंजीकरण दिनांक
अन्तिम मासिक चक्र की तिथि प्रसव की सम्भावित तिथि
कुल गर्भ/पहले जीवित जन्मे बच्चों की संख्या
पिछला प्रसव कहां कराया गया (✓) का निशान लगायें चि. संस्थान घर
मौजूदा प्रसव कहां करायेंगे (✓) का निशान लगायें चि. संस्थान घर
प्रसव परिणाम (✓) का निशान लगायें गर्भपात जीवित जन्म मृत शिशु जन्म
पी.एम.एम.वी.वाई. लाभ की पात्रता (✓) का निशान लगायें हाँ नहीं
जे.एस.एस.वाई. पंजीकरण संख्या
जे.एस.एस.वाई. भुगतान राशि तिथि

जन्म का विवरण

बच्चे का नाम जन्म पंजीयन हुआ (हाँ/नहीं)
जन्म तिथि जन्म समय जन्म के समय वजन
लड़की लड़का ब्लड ग्रुप किलो ग्राम
शिशु की पी.सी.टी.एस.आई.डी. नं.
शिशु का आधार नं.

संस्थान का परिचय

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता आंगनवाड़ी केन्द्र गांव का नाम
आशा मोबाइल नं.
ए.एन.एम. मोबाइल नं.
उप स्वा. केन्द्र
प्रा. स्वा. केन्द्र (ग्रामीण/शहरी)



प्रसव पूर्व देखभाल

पूर्व गर्भावस्था में प्रसूति संबंधी जटिलता

कृपया सही जवाब पर निशान (✓) लगाएं

क. ए.पी.एच.	<input type="checkbox"/>	ख. एक्लेम्पसिया	<input type="checkbox"/>	ग. पी.आई.एच.	<input type="checkbox"/>
घ. रक्त की कमी	<input type="checkbox"/>	ड. बाधित प्रसव	<input type="checkbox"/>	च. पी.पी.एच.	<input type="checkbox"/>
छ. सिजेरियन ऑपरेशन	<input type="checkbox"/>	ज. जन्मजात दोष	<input type="checkbox"/>	झ. गर्भपात	<input type="checkbox"/>
ञ. अन्य	<input type="checkbox"/>				

अन्य चिकित्सकीय जटिलता

कृपया सही जवाब पर निशान (✓) लगाएं

क. तपेदिक	<input type="checkbox"/>	ख. उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/>	ग. हृदय रोग	<input type="checkbox"/>
घ. मधुमेह	<input type="checkbox"/>	ड. दमा	<input type="checkbox"/>	च. मिर्गी	<input type="checkbox"/>
छ. सिफलिस	<input type="checkbox"/>	ज. एचआईवी/एड्स	<input type="checkbox"/>	झ. गुर्दे की बीमारी	<input type="checkbox"/>
ञ. अन्य (उल्लेखित करें)					

जाँच

ऊँचाई (से.मी.)	हृदय	फेफड़े	स्तन (दबे हुए निप्पल की जाँच करें)

प्रसव पूर्व जाँच

	1	2	3	4	5 (पीएमएसएमए के तहत)
तिथि					
गर्भ की अवधि (सप्ताह)					
वज़न (कि.ग्रा.)					
नब्ज़ की गति					
रक्तचाप					
एनीमिया					
पैरों में सूजन					
पीलिया					
अन्य समस्या					

पेट की जाँच

भ्रूण की लंबाई सप्ताह/से.मी.					
गर्भस्थ शिशु की स्थिति					
गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना	सामान्य/ कम/नही	सामान्य/ कम/नही	सामान्य/ कम/नही	सामान्य/ कम/नही	सामान्य/ कम/नही
गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति					
पी./वी. यदि किया गया हो					

आवश्यक जाँच

हीमोग्लोबिन (ग्राम)					
मूत्र जाँच - एल्ब्यूमिन					
मूत्र जाँच - शर्करा (शुगर)					
एच.आई.वी. स्क्रीनिंग					
सिफलिस स्क्रीनिंग					
अल्ट्रासोनोग्राफी (FWB) (हाँ / नहीं)					
गर्भकालीन मधुमेह जाँच (OGTT)					

रक्त ग्रुप एवं आर.एच. प्रकार

तिथि

वैकल्पिक जाँच

1. थायराइड उत्तेजक हार्मोन

तिथि

2. HbsAg

तिथि

3. रक्त शर्करा (शुगर)

तिथि

4. अन्य

तिथि



गाँव के निर्धारित मासिक ग्राम स्वास्थ्य पोषण एवं स्वच्छता दिवस में शामिल हों