



HRP
हाँ/नहीं

हाँ, तो—अतिरिक्त जाँचें

प्रथम			
द्वितीय			
तृतीय			

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
महिला एवं बाल विकास मंत्रालय



(मातृ शिशु सुरक्षा कार्ड) ममता कार्ड राजस्थान

क्या महिला हाईरिस्क गर्भावस्था है?

(यदि महिला हाईरिस्क गर्भावस्था है तो HRP की सील लगावें)

हाँ	ना
-----	----

महिला का आधार नम्बर :

राजस्थान जन आधार कार्ड नम्बर :

राशन कार्ड आई. डी. नम्बर :

बी.पी.एल. पंजीकरण संख्या :

महिला का बैंक खाता सं.

बैंक का नाम शाखा

IFSC code शहर/गाँव

गर्भवती महिला दिव्यांग है/नहीं

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 कहाँ कराया गया (✓) का निशान लगायें चि. संस्थान घर

प्रसव परिणाम (✓) का निशान लगायें गर्भपात जीवित जन्म मृत शिशु जन्म

पी.एम.एम.वी.वाई. लाम की पात्रता (✓) का निशान लगायें हाँ नहीं

जे.एस.एस.वाई. पंजीकरण संख्या

जे.एस.एस.वाई. भुगतान राशि तिथि

जन्म का विवरण

क्रमांक

बच्चे का नाम जन्म पंजीयन हुआ (हाँ/नहीं)

जन्म तिथि जन्म समय जन्म के समय वजन

लड़की लड़का ब्लड ग्रुप

शिशु की पी.सी.टी.एस.आई.डी. नं.

HWC

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता आंगनवाड़ी केंद्र आशा सहायिनी मोबाइल नं.

ए.एन.एम. मोबाइल नं. उप स्वास्थ्य केंद्र/HWC

प्रा. स्वा. केंद्र (ग्रामीण/शहरी) अस्पताल/प्रथम रेफरल यूनिट (एफ.आर.यू.) ब्लॉक

सामु. स्वा. केंद्र/अस्पताल/अन्य चि. संस्था (✓) का निशान लगायें

सामु. स्वा. केंद्र/अस्पताल/अन्य चि. संस्था का दूरभाष नं. पता/पता की व्यवस्था

गर्भावस्था के दौरान नियमित जाँच अनिवार्य है

मूत्र जाँच द्वारा गर्भावस्था परीक्षण हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> दिनांक: / /	पहला 	दूसरा 	तीसरा 	चौथा 	पाँचवा 	छठा 	सातवा 	आठवा 	नौवा
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----------	-----------	----------	------------	---------	-----------	----------	----------

पंजीकरण

पहली तिमाही में स्वास्थ्य केन्द्र में पंजीकरण कराएँ।

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

प्रसवपूर्व जाँच

पंजीकरण के बाद कम से कम चार बार एवं अतिरिक्त (आवश्यकतानुसार) प्रसव पूर्व जाँच अवश्य कराएँ।

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

रक्तचाप, रक्त, पेशाब

प्रत्येक जाँच के समय रक्तचाप, खून व पेशाब की जाँच कर अवश्य लिखें।

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

वजन

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. वजन अवश्य बढ़ना चाहिए।

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

टीडी के टीके

टीडी के दो टीके लगावाएँ। 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 साल में टीका लगाया गया था।

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

खोना

गर्भावस्था की प्रथम तिमाही में (12 सप्ताह तक) दिन में एक बार कोलिक एंजिब की गोली अवश्य खाएँ (दी गई गोलीयों की मात्रा एवं तिथि भरें)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

आयरन

गर्भावस्था की प्रथम तिमाही के पश्चात् कम से कम 180 दिन तक प्रतिदिन आयरन व कोलिक एंजिब की एक गोली अवश्य खाएँ। एंजिमिया से रक्त होन की स्थिति में (एप्रैमी 11 ग्राम प्रतिशत से कम) 180 दिन के लिए 360 गोलीयों (दिन में दो बार अवश्य खाएँ) (दी गई गोलीयों की मात्रा एवं तिथि भरें)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

एन्जेक्टो

गर्भावस्था की प्रथम तिमाही के पश्चात् (148 सप्ताह से) 180 दिन के लिए (कुल 360 गोलीयों) दिन में दो बार कोशियम तथा विटामिन-डी 3 युक्त गोली अवश्य खाएँ (दी गई गोलीयों की मात्रा एवं तिथि भरें)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

गर्भावस्था के दौरान देखभाल



- विभिन्न प्रकार के खाद्य पदार्थों का सेवन करें, जिसमें फोर्टिफाईड आटा, तेल शामिल हो।
- अधिक मात्रा में भोजन करें। लगभग सामान्य आहार से एक चौथाई ज्यादा।
- ऑर्गेनवाडी केन्द्र से मिले पूरक पोषाहार को नियमित रूप से खाएँ।
- भोजन खाने के बाद कुल्ला अवश्य करें और दिन में कम से कम दो बार ब्रश/दातून करें।
- दिन में कम से कम 2 घण्टे आराम करें। इसके अलावा रात में 8 घण्टे सोयें।
- केवल आयोडीन युक्त नमक या आयरन एवं आयोडीन युक्त नमक का उपयोग करें।

हर प्रसवपूर्व जाँच पर पोषण परामर्श सुनिश्चित करें

प्रसव पूर्व देखभाल

पूर्व गर्भावस्था में प्रसूति संबंधी जटिलता कृपया सही जवाब पर निशान (✓) लगाएँ

क. ए.पी.एच.	<input type="checkbox"/>	ख. एकलम्पसिया	<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"/>
ज. अन्य	<input type="checkbox"/>				

अन्य चिकित्सकीय जटिलता

कृपया सही जवाब पर निशान (✓) लगाएँ

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"/>
ज. अन्य (उल्लेखित करें)					

जाँच

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

प्रसव पूर्व जाँच

	1	2	3	4	5 (प्रसवपूर्व जाँच के लक्षण)
तिथि					
गर्भ की अवधि (सप्ताह)					
वजन (कि.ग्रा.)					
नब्ज की गति					
रक्तचाप					
एनीमिया					
पैरों में सूजन					
पीलिया					
परिवार नियोजन हेतु परामर्श दिया गया? (हाँ/नहीं)					
चयनित परिवार नियोजन साधन का नाम लिखें					
अन्य समस्या					

कोड - 1. प्रसवोत्तर नसबंदी 2. पीपीआईयूसी 3. इन्जेक्टेबल कॉन्ट्रासेप्टिव 4. छाया 5. माला-एन 6. निरोध

पेट की जाँच

भ्रूण की लंबाई सप्ताह/से.मी.					
गर्भस्थ शिशु की स्थिति					
गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं
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)					
हेपेटाइटिस बी स्क्रीनिंग					
HBsAg जाँच की तिथि					
HBsAg जाँच का परिणाम					पॉजिटिव/नेगेटिव
HBsAg पॉजिटिव पाये जाने पर संस्थागत प्रसव के लिये उच्च स्तर संस्था पर रेफर					हाँ/नहीं
रक्त गुप एवं आर.एच. प्रकार					तिथि

वैकल्पिक जाँच

1. थायरॉइड उत्तेजक हार्मोन		तिथि	
2. रक्त शर्करा (शुगर)		तिथि	
3. अन्य		तिथि	

गौंठ के निर्धारित मासिक ग्राम स्वास्थ्य पोषण एवं स्वच्छता दिवस में शामिल हो