

प्रपत्र 1: नवजात शिशु घरेलू देखभाल कार्यक्रम अंतर्गत गृह भ्रमण प्रपत्र (होम विजिट फार्म)
यह भाग आशा द्वारा भरा जाये एवं एक प्रति पी0एच0सी0 / सी0एच0सी0 पर रखी जाये

1.ग्राम :	<input type="text"/>	2.उपकेंद्र:	<input type="text"/>	3.ब्लाक:	<input type="text"/>
4.मां का नाम:	<input type="text"/>	5.पिता का नाम:	<input type="text"/>	6.आशा का नाम:	<input type="text"/>
7.प्रसव का दिनांक:	<input type="text"/>	8.प्रसव का स्थान:	<input type="text" value="स्वास्थ्य केन्द्र/घर पर/अन्य"/>	9.नवजात का लिंग:	<input type="text" value="पुरुष/महिला"/>
10.प्रसव का प्रकार:	<input type="text" value="सामान्य/सिजेरियन/सहायित"/>	11.मृत जन्मा शिशु:	<input type="text" value="हां/नहीं"/>	12.स्तनपान कब शुरू कराया गया: (1 घंटे/1-4 घंटे /4-24 घंटे में)	
13.संस्थागत प्रसव मे डिस्चार्ज की तिथि:	(अ) मां..... <input type="text"/>	(ब) नवजात	<input type="text"/>		
14.जन्म के समय वजन:	<input type="text"/> ग्राम	15.जन्म पंजीकरण:	<input type="text" value="हां/नहीं"/>	16.एम0सी0टी0एस0 न0.	<input type="text"/>
17.पोलियो 0 डोज' पिलाने की तिथि.	<input type="text"/>	बी0सी0जी0 लगाने की तिथि	<input type="text"/>		
हेपे. बी. बर्थ डोज' लगाने की तिथि .	<input type="text"/>	पेंटावैलेंट 1 लगाने की तिथि.	<input type="text"/>		
पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर:.....	दिनांक.....				

कार्यालय के उपयोग हेतु	
भुगतान बैंक एडवाइस सं0.....दिनांक.....के द्वारा किया गया।	
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर	ए0एन0एम0 के हस्ताक्षर

प्रपत्र 1 क : (घरेलू प्रसव की दशा में जन्म के बाद 1 से 6 घंटों के मध्य और यदि प्रसव के समय आशा उपस्थित न हो तो तब भरा जाए जबकि वह प्रथम बार गृह भ्रमण के लिए आती है)

ग्रह भ्रमण का दिनांक	पहला दिन	पर्यवेक्षक के प्रयोजनार्थ
1. क्या नवजात जीवित है? (यदि नहीं तो मृत्यु का दिनांक, स्थान एवं समय नोट करें व सिर्फ मां की जांच 1, 3, 7, 14, 21, 28, 42 दिन पर करें।)	हां/नहीं	मृत्यु के कारण की सूचना ए0एन0एम0 / पी0एच0सी0 पर करें।
2. समय पूर्व जन्म (यदि हां तो कितने दिन पूर्व जन्म हुआ लिखें)		सही/गलत
3. नवजात की प्रथम जांच का समय	दिनांक.....समय	सही/गलत
4. क्या मां जीवित है? (यदि नहीं तो तो मृत्यु का दिनांक, स्थान एवं समय नोट करें व सिर्फ शिशु की जांच 1, 3, 7, 14, 21, 28, 42 दिन पर करें।)	हां/नहीं	मृत्यु के कारण की सूचना ए0एन0एम0 / पी0एच0सी0 पर करें।
5. क्या मां को इनमें से कोई परेशानी है? यदि हां, तो तुरंत अस्पताल भेजें। क. बहुत अधिक रक्तस्राव ख. बेहोशी/दौरे पड़ना	हां/नहीं हां/नहीं	हां/नहीं /लागू नहीं हां/नहीं /लागू नहीं
6. नवजात को जन्म के बाद प्रथम आहार क्या दिया गया ?		सही/गलत
7. नवजात के प्रथम स्तनपान का समय।	दिनांक.....समय	सही/गलत
8. बच्चे ने स्तनपान कैसे किया था? निशान लगाएं 1) जबरदस्ती 2) कमजोरी से 3) स्तनपान नहीं कर सका चम्मच से दूध पिलाया गया। 4) न तो स्तनपान कर सका न ही चम्मच से दूध पिया।		सही/गलत
9. क्या मां को स्तनपान कराने में कोई परेशानी हो रही है? परेशानी बताएं..... (यदि स्तनपान कराने में कोई परेशानी हो रही है, तो इससे उबरने में मां की सहायता करें।)	हां/नहीं	हां/नहीं/लागू नहीं

10. क) बच्चे के शरीर का तापमान (बगल का तापमान मापें और दर्ज करें).....		हां/नहीं/लागू नहीं
ख) आंखें : सामान्य / सूजी हुई/ मवाद निकलता हुआ	हां/नहीं	हां/नहीं/लागू नहीं
ग) क्या नाभि/नाल से रक्तस्राव हो रहा है । (यदि हां, तो आशा, एएनएम या प्रशिक्षित दाई उसे साफ धागे से फिर से बांध दें।) कार्रवाई की गई ?	हां/नहीं	हां/नहीं/लागू नहीं
11 बच्चे का वजन (लिखें या निशान लगाये।) ग्राम ; लाल/ पीला/ हरा	सही/गलत
12. दर्ज करें <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1) सभी अंग सुस्त हैं 2) कम दूध पी रहा है/दूध नहीं पी रहा है 3) धीमे रो रहा है/नहीं रो रहा है	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	हां/नहीं/लागू नहीं
13 नवजात शिशु की आवश्यक देखभाल : क्या यह कार्य किया गया ? 1) बच्चे को पोंछा/सुखाया जाना 2) गर्म रखना (स्नान नहीं कराना/कपड़े में लपेटकर रखना/ मां के शरीर से सटा कर रखा गया) 3) केवल स्तनपान कराना 4) नाभि साफ एवं एवं सूखी रखी गयी	हां/नहीं हां/नहीं हां/नहीं हां/नहीं	हां/नहीं/लागू नहीं
4) क्या बच्चे में कोई असामान्य बात दिखती है? (मुड़े हाथ-पैर/कटे होंठ/अन्य)	हां/नहीं	हां/नहीं/लागू नहीं

प्रपत्र 1 ख गृह भ्रमण प्रपत्र (होम विजिट फार्म)

पूछें/परीक्षण करें / आशा के दौरे का दिन	पहला दिन	3रा दिन	7वां दिन	14वां दिन	21वां दिन	28वां दिन	42वां दिन	आशा द्वारा की गई कार्रवाई	पर्यवेक्षक जांच की गई कार्रवाई	
गृह भ्रमण का दिनांक										
1. क्या शिशु जीवित है?								यदि नहीं तो मृत्यु का स्थान, दिनांक एवं समय नोट करें, एवं सिर्फ मां की जांच पूरी करे।		
2. 24 घंटे में मां कितनी बार भर पेट भोजन करती है?								यदि 4 बार से कम या भर पेट भोजन नहीं करती है, तो मां को ऐसा करने की सलाह दें	हां/नहीं	हां/नहीं
3. रक्तस्राव: एक दिन में कितने पैड बदलने पड़ते हैं?								यदि 5 पैड से अधिक, तो मां को अस्पताल रेफर करें		
4. क्या बच्चे को गर्म रखा जाता है? (मां के समीप, अच्छी तरह कपड़े पहनाकर और लपेट कर)	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	यदि ऐसा नहीं किया जा रहा है तो, मां को ऐसा करने को कहें		
5. क्या बच्चे को ठीक से दूध पिलाया जाता है? (जब भी भूख लगती है या 24 घंटे में कम से कम 7-8 बार)	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	यदि ऐसा नहीं किया जा रहा है तो, मां को ऐसा करने को कहें		
6. क्या बच्चा लगातार रोता रहता है या दिन में 6 बार से कम पेशाब करता है?	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	हां/नहीं लागू नहीं	यदि ऐसा नहीं किया जा रहा है तो, मां को प्रत्येक 2 घंटे में स्तनपान कराने को कहें।		

मां की स्वास्थ्य जांच										
1. तापमान : मापे और दर्ज करें										तापमान 102 डिग्री फारेनहाइट (38.9 डिग्री से.) तक : मरीज को पैरासीटामाल दें, और यदि तापमान इससे अधिक है तो अस्पताल रेफर करें।
2. बदबूदार पानी जाना और बुखार 100 डिग्री फारेनहाइट (37.8 डिग्री से.) अधिक	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	
3. क्या मां असमान्य तरीके से बड़बड़ाती है या दौरे पड़ते हैं?	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	यदि हां, तो मां को अस्पताल रेफर करें।
4. प्रसव के बाद मां को दूध नहीं बन रहा है या वह समझती है कि कम दूध बन रहा है।	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	मां को स्तनपान का सही तरीका समझाये एवं बार बार स्तनपान कराने के लिये कहे।
5. निप्पल में दरारें (क्रैक)/दर्द और/या सूजन	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	दरार पड़ने पर निप्पल को साफ एवं चिकनायीयुक्त रखे। दर्द या कड़े स्तन होने पे धीमे हाथो से दबाकर दूध को बाहर निकाले

पूछें/परीक्षण करें /आशा के दौरे का दिन	पहला दिन	3रा दिन	7वां दिन	14वां दिन	21वां दिन	28वां दिन	42वां दिन	आशा द्वारा कार्रवाई	पर्यवेक्षक जांच
बच्चे की स्वास्थ्य जांच ; बच्चे को छूने से पहले साबुन से हाथ धोये									
1. क्या आंखें सूजी हैं या उनसे मवाद आ रहा है?	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	आंखें सूजीं या मवाद आने पर ऐन्टीबायोटिक ओएन्टमेंट का प्रयोग करे।	हां/नहीं
2. 1, 3, 7, 14, 21, 28, 42वें दिवस पर वजन								यदि वजन 1800 ग्रा0 से कम है या वजन बढ़ नहीं रहा है, तो बच्चे को एस0एन0सी0यू0 /स्वास्थ्य इकाई पर संदर्भित करे। वजन 2500 ग्रा0 से कम होने पर स्तनपान बढ़ाने एवं बच्चे को गर्म रखने को कहे।	
3. तापमान : मापे और दर्ज करें								यदि तापमान 97 डिग्री फारेनहाइट से कम है तो के0एम0सी0 के लिए मां को समझाये एवं कमरे को गर्म रखने के लिए कहें। और यदि तापमान 97 डिग्री फारेनहाइट से ज्यादा है. तो सेप्सिस के लक्षणो को देखे और सेप्सिस के लक्षण न मिलने पर 1/4 चम्मच पैरासीटामाल सीरप दे कर अस्पताल भेंजे।	
4. त्वचा :मवाद भरी 10 या अधिक फुंसियां/1 बड़ा फोड़ा	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	यादि बच्चा दवा पी सकता हो तो उम्र/वजन के अनुसार एमोक्सीसिलीन सीरप दें तथा बच्चे को चिकित्सालय में संदर्भित करें	
5. आंखों या त्वचा का पीलापन: पीलिया	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	हां/नहीं	यदि शिशु को जन्म के पहले दिन से पीलिया है और जन्म से 98 दिन बाद भी बने रहने पर अस्पताल रिफर करे।	

घ. अब सेप्सिस के लिए निम्नलिखित लक्षणों की जांच करें : यदि लक्षण मौजूद हैं, तो हां लिखें, यदि लक्षण मौजूद नहीं हैं तो नहीं लिखें,।
नवजात की पहले दिन के स्वास्थ्य परीक्षण से दिखने वाले लक्षणों को दर्ज करें।

पूछें/परीक्षण करें /आशा के दौरे का दिन	पहला दिन	3रा दिन	7वां दिन	14वां दिन	21वां दिन	28वां दिन	42वां दिन	आशा द्वारा कार्रवाई	पर्यवेक्षक जांच/ की गई कार्रवाई	की गई कार्रवाई
1. सभी अंग सुस्त हैं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	यदि प्रथम तीन लक्षण पहले नहीं थे एवं बाद में दिखाई पड़े तो इसको सेप्सिस के मानदंड के रूप में देखें।	हां/ नहीं	हां/ नहीं
2. कम दूध पी रहा है/दूध पीना बंद कर दिया है	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं			
3. धीमें रो रहा है/रोना बंद कर दिया है	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं			
4. फूला हुआ पेट या मां बताती है कि 'बच्चा बार-बार उल्टी करता है'	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	यदि इनमें से कोई दो लक्षण उसी दिन मिल रहे हो तो सेप्सिस मानते हुए 1/4 चम्मच एमोक्सिसिलीन सीरप दे कर अस्पताल भेजे।		
5. मां बताती है कि 'बच्चा छूने पर टंडा लगता है' या बच्चे का तापमान 99 डिग्री फारेनहाइट (37.2 डिग्री सेल्सियस) से अधिक है। सांस लेते समय छाती अंदर की ओर खिंचती है।	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं			
6. छाती का धंसना	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	एक लक्षण मिलने पर बच्चे की लगातार दो तीन दिन भ्रमण कर स्वास्थ्य जांच करे एवं आवश्यकतानुसार कार्यवाही करे		
7. प्रति मिनट 60 या उससे अधिक बार सांस लेता है	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं			
8. नाभि में मवाद	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	हां/ नहीं	साफ कर सुखाकर नीली दवा लगाए		
क्या बच्चे को किसी कारण से अस्पताल रेफर किया गया? यदि हा तो दिनांक, कारण एवं रेफरल की जगह लिखें।										
क्या मां को किसी कारण से अस्पताल रेफर किया गया? यदि हा तो दिनांक, कारण एवं रेफरल की जगह लिखें।										

पर्यवेक्षक की टिप्पणी : कार्य अधूरा है/ कार्य सही नहीं है/रिकार्ड सही नहीं है

पर्यवेक्षक का नाम: एवं हस्ताक्षर.....