ತಾಯಿಕಾರ್ಡ್

(ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಡ್)

(ಎಲ್ಲಾ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೂ ನೀಡಬೇಕು)

ಕ್ರ.ಸಂ. 3268219

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ಮತ್ತು ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ

I

ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಭಾವಚಿತ್ರ ಅಂಟಿಸಿರಿ

ANC ಸಂಖ್ಯೆ: ☐

ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭಿಣಿ (ಕೆಂಪು ಶಾಯಿಯಲ್ಲಿ ✓ ಮಾಡಿ)

ಅರ್ಹ ದಂಪತಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ☐☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಸಾಮಾನ್ಯ ವಿವರಗಳು

ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್. ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ: ☐ ಯಶಸ್ವಿನಿ ವಿಮಾ ಸಂಖ್ಯೆ: ☐

ಮಹಿಳೆಯ ಹೆಸರು:................................ ವಯಸ್ಸು ☐

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ :................................

ಗಂಡನ ಹೆಸರು:................................

ವಿಳಾಸ:................................

ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ☐ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಪಂಗಡ ☐ ಇತರೆ ☐

ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ : ಅನಕ್ಷರಸ್ಥೆ ☐ ಅಕ್ಷರಸ್ಥೆ ☐ ಮಾಧ್ಯಮಿಕ ☐

ಪ್ರೌಢಶಿಕ್ಷಣ ☐ ಪದವಿ ☐ ಇತರೆ ☐

ಉದ್ಯೋಗ: ಗೃಹಿಣಿ ☐ ಸ್ವಂತ ವ್ಯವಸಾಯ ☐ ಕಾರ್ಮಿಕರು ☐ ಇತರೆ ☐

ಮಗುವಿನ ಹೆಸರು:................................ ಹೆಣ್ಣು ☐ ಗಂಡು ☐

ಹುಟ್ಟಿದಾಗ ಮಗುವಿನ ತೂಕ: ☐☐☐☐ ಗ್ರಾಂ ಜನನ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ..........

II ವಿಳಾಸ

ಮನೆ ಸಂಖ್ಯೆ:.................... ಬೀದಿ:.................... ವಾಸ ಸ್ಥಳದ ಗುರುತು:....................

'ಆಶಾ' ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯ ಹೆಸರು:.................... ಅಂಗನವಾಡಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಕ್ರ.ಸಂಖ್ಯೆ:....................

ಉಪ ಕೇಂದ್ರ:.................... ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ. ಹೆಸರು :.................... ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ....................

ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ / ನಗರ ಕೇಂದ್ರ / ಅನುದಾನಿತ ಕು.ಕ.ಕೇ. ....

ಗ್ರಾಮ:/ನಗರ .... ತಾಲ್ಲೂಕು:.................... ಜಿಲ್ಲೆ :....................

ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ :....................

III ಗರ್ಭಿಣಿಯ ವಿವರಗಳು

ಕೊನೆಯ ಮುಟ್ಟಿನ ದಿನಾಂಕ: ☐ / / ತಾಯಿಯ ರಕ್ತದ ಗುಂಪು: ☐ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ ದಿನಾಂಕ: ☐ / /

ಪ್ರಸ್ತುತ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಬಯಸುವ ಸ್ಥಳ : ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಮನೆ ☐

ಮರು ಭೇಟಿ ದಿನಾಂಕ: / / | / / | / / | / / | / /

ಹಿಂದೆ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದ ಸಂಖ್ಯೆ : ☐ ಸಜೀವ ಜನನದ ಸಂಖ್ಯೆ : ಹೆಣ್ಣು ☐ ಗಂಡು ☐

ಹಿಂದೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸ್ಥಳ : ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಮನೆ ☐

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ. ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ .... ಮೊಬಲಗು :.................... ದಿನಾಂಕ :....................

ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನ

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ

ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 009.

ದೂರವಾಣಿ : 080-22201980

ಇ ಮೇಲ್ : pdrchkar@gmail.com

ತಾಯಂದಿರೇ ಗಮನಿಸಿ : ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಮಡಿಲು ಹಾಗೂ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಿರಿ

ವಿ.ಸೂ : - ಈ ಕಿರು ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಜೋಪಾನವಾಗಿ ಕಾಪಾಡತಕ್ಕದ್ದು, ಕಳೆದುಕೊಂಡಲ್ಲಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ, ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಸೌಲಭ್ಯ ದೊರೆಯುವುದಿಲ್ಲ.

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ನಿಯಮಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಅತ್ಯಂತ ಅವಶ್ಯಕ

ಇದರಿಂದ ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು

IV ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತಪಾಸಣೆ (ಕಿರಿಯ ಮಹಿಳಾ ಆರೋಗ್ಯ ಸಹಾಯಕಿಯಿಂದ)

ಮೊದಲನೇ ತಿಂಗಳು	2ನೇ	3ನೇ	4ನೇ	5ನೇ	6ನೇ	7ನೇ	8ನೇ	9ನೇ

ನೋಂದಣಿ

ಮೊದಲನೆ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನೋಂದಾಯಿಸಿ

DD / MM / YY

ದಿನ, ತಿಂಗಳು ಮತ್ತು ವರ್ಷ ನಮೂದಿಸಿ

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

V ಗರ್ಭಿಣಿ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಕನಿಷ್ಠ 4 ಬಾರಿ ಹತ್ತಿರದ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕು

(ದಿನಾಂಕವನ್ನು ಕಾಲಂಗಳಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಬೇಕು)

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

(ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಸಲಹೆಗಳನ್ನು X ರಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರಿ)

VI ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಹೆಚ್.ಬಿ.% B.P. ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಪ್ರತಿ ಭೇಟಿಯಲ್ಲೂ ಕಡ್ಡಾಯ

ಹೆಚ್.ಬಿ.								
B.P.								
ಮೂತ್ರ								

VII ತೂಕ

(ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಪುಟ I ಮತ್ತು X ರಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೈಕೆಗೆ ಕ್ರಮಕೈಗೊಳ್ಳಿರಿ)

ಮೂರನೇ ತಿಂಗಳಿನಿಂದ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಒಂದು ಕೆ.ಜಿ ಯಂತೆ 9 ತಿಂಗಳವರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಬೇಕು

(ಕನಿಷ್ಠ 10–12 ಕೆಜಿ)

VIII ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು

ಧನುರ್ವಾಯು ನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು

ಇದರಿಂದ ತಾಯಿ ಹಾಗು ಮಗುವನ್ನು ಧನುರ್ವಾಯು ಖಾಯಿಲೆಯಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಬಹುದು.

(ನೋಂದಣಿಯಾದ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಬಾರಿ, ನಂತರ ಇನ್ನೊಂದು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ)

IX ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳು

4, 5 ಮತ್ತು 6ನೇ ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ರಮಬದ್ಧವಾಗಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಒಂದರಂತೆ 100 ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. ನಂತರ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯಂತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಬೇಕು

ರಕ್ತಹೀನತೆ ಯಿದ್ದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಎರಡು ಮಾತ್ರೆ ಸೇವಿಸಬೇಕು

ಎಲ್ಲಾ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಪುಷ್ಠಿ ದೊರೆತು, ಸೋಂಕು ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ರಕ್ಷಣೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಪ್ಪದೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಅಥವಾ ಹತ್ತಿರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಗಣಕೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ರವಾನಿಸುವುದು

District /ಜಿಲ್ಲೆ :	Taluk /ತಾಲ್ಲೂಕು :	Year /ವರ್ಷ :	Mother Card No / ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ : 3268219
Primary Health Centre / ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ :		Sub Center / ಉಪಕೇಂದ್ರ :	Village / ಹಳ್ಳಿ :
Name of Pregnant Woman / ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು :	Address / ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ :		Date of Registration by ANM / ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ನೊಂದಾವಣೆಯ ದಿನಾಂಕ :
Husband Name / ಪತಿಯ ಹೆಸರು :			
Phone No of Whom /ಯಾರ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ☐ ಸ್ವಂತ ☐ ಸಂಬಂಧಿಕರ ☐ ನೆರೆಹೊರೆಯವರ ☐ ಇತರೆ	Phone No / ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ :		
LMP Date /ಕೊನೆಯ ಮುಟ್ಟಿನ ದಿನಾಂಕ :	Date of Birth of pregnant women / ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ :	OR / ಅಥವಾ	Age / ವಯಸ್ಸು: ☐☐
Religion /ಧರ್ಮ : ☐ ಹಿಂದು ☐ ಮುಸ್ಲಿಂ ☐ ಕ್ರೈಸ್ತ ☐ ಇತರೆ		ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆ ವಿವಾಹವಾದಾಗ ವಯಸ್ಸು :	
Caste / ಜಾತಿ: ☐ ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪ ☐ ಇತರೆ	JSY Beneficiary / ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ ಫಲಾನುಭವಿಯೇ ☐ Yes ☐ No		
ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :	ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಪತಿಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ :		
ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಉದ್ಯೋಗ :	ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಪತಿಯ ಉದ್ಯೋಗ :		
Linked Facility for delivery / ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆ ಹೆರಿಗೆಯಾಗ ಬಯಸಿದ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆ : ☐ SC ☐ PHC ☐ CHC ☐ TH ☐ DH ☐ PVT	Name of the facility /ಹೆರಿಗೆಯಾಗಬಯಸುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು :		

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ, ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಪ್ಪದೆ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಅಥವಾ ಹತ್ತಿರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಗಣಕೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ರವಾನಿಸುವುದು

District /ಜಿಲ್ಲೆ :	Taluk /ತಾಲ್ಲೂಕು :		Mother Card No / ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ : 3268219
Primary Health Centre /ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರ :	Sub Center / ಉಪಕೇಂದ್ರ :		Village / ಹಳ್ಳಿ :
City / Mohalla /ಪಟ್ಟಣ / ಮೊಹಲ್ಲಾ	Year /ವರ್ಷ :	Outcome Nos /ಈ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಜನಿಸಿದ ಮಗುವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ : 0 = Still Birth ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5	
Date of Delivery / ಹೆರಿಗೆಯಾದ ದಿನಾಂಕ	Delivery Type / ಯಾವ ರೀತಿಯ ಹೆರಿಗೆ	☐ Normal ☐ CS ☐ Instrumental / Forceps	
Date of Discharge / ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯ ದಿನಾಂಕ	Sex (Male / Female) / ಮಗುವಿನ ಲಿಂಗ ☐ ಗಂಡು ☐ ಹೆಣ್ಣು	Weight at Birth (Kg) / (ಜನಿಸಿದಾಗ ಮಗುವಿನ ತೂಕ) (ಕೆ.ಜಿ.ಗಳಲ್ಲಿ)	
Complications / ತೊಡಕಿನ ಹೆರಿಗೆಯೇ ☐ YES ☐ NO	Breast Feeding within 1 Hour / ಹೆರಿಗೆಯಾದ 1 ತಾಸಿನೊಳಗೆ ಎದೆಹಾಲುಣಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ ☐ YES ☐ NO	Blood Group / ರಕ್ತದ ಗುಂಪು	
Place of Delivery / ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸ್ಥಳ	☐ Home	☐ SBA ☐ NON SBA	
	☐ Public	☐ SC ☐ PHC ☐ CHC ☐ SDH ☐ DH	
	☐ Private	Hospital Name / ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು :	

ವಿಶೇಷ ಸೂಚನೆ : ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಎಮ್.ಸಿ.ಟಿ.ಎಸ್ ತಂತ್ರಾಂಶದಲ್ಲಿ Pregnant Woman Data entry Form ನಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ತಪ್ಪದೇ ಮಗುವಿನ ವಿವರವನ್ನು ಎಮ್.ಸಿ.ಟಿ.ಎಸ್ ತಂತ್ರಾಂಶದಲ್ಲಿನ Child Data entry Form ನಲ್ಲಿ ನೊಂದಾಯಿಸಲೇಬೇಕು

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಅಥವಾ ಹತ್ತಿರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಗಣಕೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ರವಾನಿಸುವುದು

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಪ್ರಸೂತಿ ವಿವರ (Obstetric History) :

Gravida /ಎಷ್ಟನೇ ಗರ್ಭಧಾರಣೆ	G			Abortion / ಗರ್ಭಪಾತ	A	
Para /ಎಷ್ಟನೇ ಹೆರಿಗೆ	P					
No. of Living Children / ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯ ಜೀವಂತ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಖ್ಯೆ :	L	M		Still Birth / ನಿರ್ಜೀವ ಜನನ	S	
		F				

Is it High Risk Pregnancy ? / ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭಿಣಿಯೆ? : ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಹೌದಾದ್ದಲ್ಲಿ, ಕೆಳಗಿನ ಕಾರಣಗಳಿಗೆ ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭಿಣಿಯೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಗಿದೆ / **Reasons for High Risk Pregnancy :**
(ಕಾರಣಗಳನ್ನು ✓ ಗುರುತಿನಿಂದ ಸೂಚಿಸಿ)

1)Short Primigravida (Height less than 4.10")/ ಕುಳ್ಳಗಿರುವ ಚೊಚ್ಚಲ ಬಸುರಿ (ಎತ್ತರ 4'10" ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ)	
2)Severe Anaemia (<7 gms%)/ ತೀವ್ರ ರಕ್ತ ಹೀನತೆ (ಶೇ 7 ಗ್ರಾಂ. ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ)	
3) Pregnancy induced hypertension / eclampsia / ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದ್ದರಿಂದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ / ಕೈಕಾಲು ಬಾವು ಆಗಿರುವುದು	
4)Previous Caesarian Section / ಹಿಂದಿನ ಹೆರಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆಗಿರುವುದು	
5)Multiple Pregnancy / ಹಲವು ಬಾರಿ ಗರ್ಭವತಿಯಾಗಿರುವುದು	
6)Mal Presentation / ಅಡ್ಡಡ್ಡ ವಿರುವ ಭ್ರೂಣ	
7)APH /ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮುನ್ನಾ ರಕ್ತಸ್ರಾವ	
8)RH incompatibility / ರಕ್ತದ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳದಿರುವುದು (ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ರಕ್ತದ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿರುವುದು)	
9)Pregnancy with tumors / ಗರ್ಭಾಶಯದಲ್ಲಿ ಗಡ್ಡೆ	
10)Pregnancy with medical disorders like heart disease, diabetes etc / ಹೃದಯದ ಖಾಯಿಲೆ, ಮಧುಮೇಹ ಇತ್ಯಾದಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು	
11)Intrauterine growth retardation / ಕುಂಠಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿರುವ ಭ್ರೂಣ	

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಕೆಳಗೆ ಕೋರಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಅಥವಾ ಹತ್ತಿರದ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಗಣಕೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ರವಾನಿಸುವುದು

BCG / ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ (ದಿನಾಂಕ) :
OPV 0 / ಓಪಿವಿ-0 (ದಿನಾಂಕ) :
HEP-B1 / ಹೆಪಟೈಟಸ್-ಬಿ1 (ದಿನಾಂಕ) :
Date on which amount paid for JSY / ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ :
Date on which Madilu Kit is distributed / ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ವಿತರಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ :
Date on which amount paid for 1st installment of Prasuthi Araike / ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಯ ಮೊದಲನೇ ಕಂತಿನ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ :
Date on which amount paid for 2nd installment of Prasuthi Araike / ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆಯ ಎರಡನೇ ಕಂತಿನ ಹಣ ಪಾವತಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ :
Abortion Type / ಗರ್ಭಪಾತದ ರೀತಿ : MTP<12 ☐ MTP>12 ☐ SPONTANEOUS ☐

ವಿಶೇಷ ಸೂಚನೆ : ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಎಮ್.ಸಿ.ಟಿ.ಎಸ್ ತಂತ್ರಾಂಶದಲ್ಲಿ **Pregnant Woman Data entry Form** ನಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ವಿವರಗಳನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ತಪ್ಪದೇ ಮಗುವಿನ ವಿವರವನ್ನು ಎಮ್.ಸಿ.ಟಿ.ಎಸ್ ತಂತ್ರಾಂಶದಲ್ಲಿನ **Child Data entry Form** ನಲ್ಲಿ ನೊಂದಾಯಿಸಲೇಬೇಕು

ಒಪ್ಪಿತ ಪ್ರತಿ(ಕೌಂಟರ್ ಫೈಲ್) ಈ ಭಾಗವನ್ನು ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ತಾಯಿಗೆ ಲಸಿಕೆ ನೀಡುವುದು

ಗರ್ಭಧಾರಣೆ ನೋಂದಣಿ ಮತ್ತು ಲಸಿಕೆ ಹಾಗೂ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯಸೂಚಿ

ಕ್ರಮಾಂಕ 3268219

ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಹೆಸರು

ಗಂಡನ ಹೆಸರು

ಮಗುವಿನ ಜನನದ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ದಿನಾಂಕ

ಮನೆ ಸಂಖ್ಯೆ ಊರು/ವಾರ್ಡ್

ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ / ನಗರ ಉಪಕೇಂದ್ರ / ಕ್ಲಿನಿಕ್

ಮಗುವಿನ ಹೆಸರು

ಗಂಡು / ಹೆಣ್ಣು ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ

/ /	/ /	/ /
ಗರ್ಭಿಣಿ ಭೇಟಿ–1	ಗರ್ಭಿಣಿ ಭೇಟಿ–2	ಗರ್ಭಿಣಿ ಭೇಟಿ–3
/ /	/ /	/ /
ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳು	ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳು	ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಗುಳಿಗೆಗಳು
/ /	/ /	
ಟೆಟನಸ್–1	ಟೆಟನಸ್–2 (ಬೂಸ್ಟರ್)	

ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರಕ್ಷಿತ ಚುಚ್ಚು ಮದ್ದು ನೀಡುವ ಕಾರ್ಯ ಸೂಚಿ (0–12 ತಿಂಗಳು) 1 ಒಂದನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ

/ /	/ /	/ /
ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ	ಹೆಪಟೈಟಿಸ್'ಬಿ'–0	ಪೋಲಿಯೋ–0
/ /	/ /	/ /
ಹೆಪಟೈಟಿಸ್'ಬಿ'–1	ಹೆಪಟೈಟಿಸ್'ಬಿ'–2	ಹೆಪಟೈಟಿಸ್'ಬಿ'–3
/ /	/ /	/ /
ಡಿಪಿಟಿ–1	ಡಿಪಿಟಿ–2	ಡಿಪಿಟಿ–3
/ /	/ /	/ /
ಪೋಲಿಯೋ–1	ಪೋಲಿಯೋ–2	ಪೋಲಿಯೋ–3
/ /	/ /	
ದಡಾರ(ಮೀಸಲ್ಸ್) &	ವಿಟಮಿನ್–'ಎ'–1	

ತಾಯಿ ಮಗುವಿನ ಪ್ರತಿ ರಕ್ಷಣಾ ಫಲಕ ಎರಡನೇ ವರ್ಷದಿಂದ ಮೂರನೇ ವರ್ಷದವರೆಗೆ (12–36 ತಿಂಗಳು)

18 - 24 ತಿಂಗಳು	18 - 24 ತಿಂಗಳು	18 - 24 ತಿಂಗಳು	18 - 24 ತಿಂಗಳು
/ /	/ /	/ /	/ /
ಡಿಪಿಟಿ–ಬಿ	ಪೋಲಿಯೋ–ಬಿ	ದಡಾರ–2	ಜೆ.ಇ (ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ)
/ /	/ /	/ /	/ /
ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–2	ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–3	ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–4	ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–5
/ /	/ /	/ /	/ /
ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–6	ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–7	ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–8	ವಿಟಮಿನ್'ಎ'–9

ಗರ್ಭಿಣಿ ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ

(ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭಿಣಿ ಎಂದು ಕಂಡು ಬಂದಲ್ಲಿ ಪುಟ 1 ರಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿ ಅಗತ್ಯ ಎಲ್ಲಾ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಿರಿ)

X ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಸಲಹೆ / ಅನುಸರಣೆ / ಮೇಲ್ದರ್ಜೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ರವಾನೆ (Referral)

ಕೆಳಕಂಡ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭಿಣಿಯೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಿದೆ

1.
2.
3.
4.

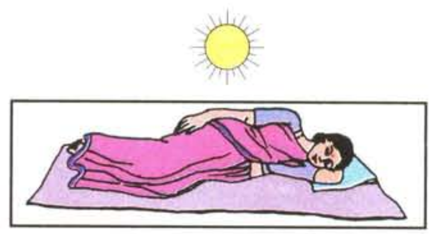
.... ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರೈಕೆ / ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗಿದೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ,
ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಮೊಹರು

XI ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಆರೈಕೆ

* ದಿನದಲ್ಲಿ ಮಾಮೂಲಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಬೇಕು
* ಹಾಲು, ಹಸಿರು ತರಕಾರಿ, ಸೊಪ್ಪು ಮತ್ತು ಹಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು
* ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಐಯೋಡಿನ್‌ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪನ್ನು ಮಾತ್ರ ಬಳಸಬೇಕು
* ಪೂರಕ ಪೋಷಕಾಂಶ ಆಹಾರವನ್ನು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಿಂದ ನಿಯಮಿತವಾಗಿ ಪಡೆಯಿರಿ.



* ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯಬೇಕು
* ಪ್ರತಿದಿನ ಹಗಲಿನಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ 2 ಗಂಟೆ ಎಡಭಾಗದಲ್ಲಿ ತಿರುಗಿ ನಿದ್ರೆ ಮಾಡಬೇಕು ಹಾಗೂ ರಾತ್ರಿ 8 ಗಂಟೆಗಳ ನಿದ್ರೆ ಅವಶ್ಯಕ.
* ತೊಡಕಿನ ಗರ್ಭವೆಂದು ಗೊತ್ತಾದರೆ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ರಾಜಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಾರದು.

ಅಯೋಡಿನ್ ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪು

* ಪ್ರತಿ ಪ್ರಸವಪೂರ್ವ ಭೇಟಿಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ನೀಡಿ

ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಆರೈಕೆ

ಹಿಂದಿನ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬಂದಿದ್ದ ತೊಂದರೆಗಳು: **(ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತ ಚೌಕದಲ್ಲಿ ಗುರುತು ಮಾಡಿ(√)**

1. ಎ.ಪಿ.ಹೆಚ್ ☐	2. ಎಕ್ಲಾಂಪ್ಸಿಯಾ ☐	3. ಪಿ.ಐ.ಹೆಚ್ ☐
4. ರಕ್ತ ಹೀನತೆ ☐	5. ಕಷ್ಟಕರ ಹೆರಿಗೆ ☐	6. ತೀವ್ರ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ☐
7. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ☐	8. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದ ದೋಷ ☐	9. ಇತರೆ ☐

ಹಿಂದಿನ ಮಾಹಿತಿ

(ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತ ಚೌಕದಲ್ಲಿ ಗುರುತು ಮಾಡಿ(√))

1. ಕ್ಷಯ ☐	2. ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ☐	3. ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧಿ ಖಾಯಿಲೆ ☐
4. ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆ ☐	5. ಆಸ್ತಮಾ (ಉಬ್ಬಸ) ☐	6. ಇತರೆ ☐

ಪರೀಕ್ಷೆ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ	ಹೃದಯ	ಶ್ವಾಸಕೋಶ	ಸ್ತನ

ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಭೇಟಿ

	1	2	3	4
ದಿನಾಂಕ				
ಯಾವುದಾದರೂ ತೊಂದರೆ				
ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯ ಅವಧಿ (ವಾರಗಳಲ್ಲಿ)				
ತೂಕ (ಕಿ.ಗ್ರಾಂ.)				
ನಾಡಿ ಬಡಿತ				
ರಕ್ತದೊತ್ತಡ				
ರಕ್ತ ಹೀನತೆ				
ಊತ				
ಕಾಮಾಲೆ				

ನಿಗದಿತ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಪೌಷ್ಟಿಕ ದಿನದ ಮಾಸಿಕ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ

ಉದರ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಉದರದ ಎತ್ತರ (ವಾರಗಳಲ್ಲಿ)				
ಭ್ರೂಣದ ಸ್ಥಿತಿ (Lie/ Presentation)				
ಭ್ರೂಣದ ಚಲನೆ	ಸಾಮಾನ್ಯ / ಕಡಿಮೆ/ ಇಲ್ಲ	ಸಾಮಾನ್ಯ / ಕಡಿಮೆ/ ಇಲ್ಲ	ಸಾಮಾನ್ಯ / ಕಡಿಮೆ/ ಇಲ್ಲ	ಸಾಮಾನ್ಯ / ಕಡಿಮೆ/ ಇಲ್ಲ
ಭ್ರೂಣದ ಎದೆಬಡಿತ ಪ್ರತಿ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ				
P/V ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲಿ				

ಅವಶ್ಯಕ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ (ಹೆಚ್.ಬಿ. %)				
ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಆಲ್ಬುಮಿನ್				
ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ				

ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ. ಸಹಿ				

ರಕ್ತದ ಗುಂಪು ☐ ದಿನಾಂಕ: / /

ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು :

1. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಪ್ರಮಾಣ ☐ ದಿನಾಂಕ / /
2. ವಿ.ಡಿ.ಆರ್.ಎಲ್ / ಆರ್.ಪಿ.ಆರ್ ☐ ದಿನಾಂಕ / /
3. ಹೆಚ್.ಬಿ.ಎಸ್ ಎ.ಜಿ ☐ ದಿನಾಂಕ / /
4. ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ ☐ ದಿನಾಂಕ / /

ಹೆಚ್ಐವಿ ಸೋಂಕಿತ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯೂ ಒಂದು ವರ್ಷದವರೆಗಾದರೂ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಎದೆಹಾಲನ್ನು ಕುಡಿಸಲೇಬೇಕು.

XII ಗರ್ಭಿಣಿಯು ತುರ್ತಾಗಿ ಹತ್ತಿರದ FRU / ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೋಗಲೇ ಬೇಕಾದ ಅಪಾಯದ ಸಂಕೇತಗಳು

ಕಣ್ಣುಗಳು ತೀರ ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡಿರುವುದು, ಕೆಮ್ಮು ಹಾಗು ಕಫದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ

ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಅಥವಾ ಪ್ರಸವ ನಂತರದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಜ್ವರ

ಪ್ರಸವ ಪೂರ್ವ ಅಥವಾ ಪ್ರಸವ ನಂತರ ರಕ್ತಸ್ರಾವ

ತಲೆ ನೋವು, ವಾಂತಿ, ↑ ಬಿ.ಪಿ, ಕಾಲು ಊತ, ಸೆಳೆತ (fits)

ನೀರು ಹೋಗುವುದು (Leaking Membrane)

12 ಗಂಟೆಗಳ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಪ್ರಸವ ವೇದನೆ
ಮಗುವಿನ ಚಲನೆ ಕಡಿಮೆ/ನಿಂತುಹೋಗಿದ್ದರೆ

ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ

ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ./ಆಶಾ/ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ನೋಂದಾಯಿಸಿ

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ.ಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಿರಿ

ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿಕೊಳ್ಳಿರಿ

ವಾಹನದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮೊದಲೇ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಿ

ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ 48 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಇರುವುದು.

XIII ಮನೆ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಸಿದ್ಧತೆ

ಗರ್ಭಿಣಿಯ ರಕ್ತದ ಗುಂಪಿನ ದಾನಿಯನ್ನು ಮೊದಲೇ ಗುರುತಿಸಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಿ

ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ. ಯಿಂದ ಸುರಕ್ಷಿತ ಹೆರಿಗೆ

ಪಂಚ ಶುಚಿತ್ವ

1. ಶುಚಿಯಾದ ಸ್ಥಳದ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರಿ.
2. ಸೋಪಿನಿಂದ ಕೈಗಳನ್ನು ತೊಳೆದುಕೊಳ್ಳಿ.
3. ಹೊಸ ಬ್ಲೇಡ್ ಬಳಸಿ.
4. ಹೊಕ್ಕಳು ಬಳ್ಳಿಯನ್ನು ಕಟ್ಟಲು ಶುಚಿಯಾದ ಹೊಸ ದಾರ ಬಳಸಿ ಮತ್ತು ಏನನ್ನೂ ಹಚ್ಚಬೇಡಿ.
5. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿಗೆ ಶುದ್ಧವಾದ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ಹಾಕಿ.

ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ

ಕುಟುಂಬ ವರ್ಗದವರಿಂದ ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಬಲ

ಹೆರಿಗೆಯಾದ 1 ಗಂಟೆಯೊಳಗಾಗಿ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ
ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಕುಟುಂಬ ಯೋಜನೆ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಿರಿ

6 ತಿಂಗಳುಗಳು ತಾಯಿ ಎದೆ ಹಾಲು ಮಾತ್ರ ಉಣಿಸಬೇಕು

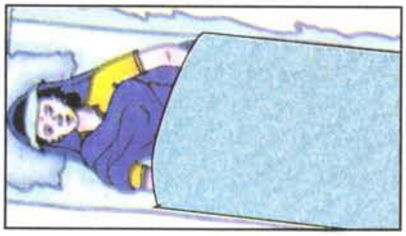
ಹೆರಿಗೆ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ

ಹೆರಿಗೆಯಾದ 24 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶುವಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆ ಅವಶ್ಯಕ

ತಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಕಂಡ ಅಪಾಯದ ಸೂಚನೆಗಳು ಇದ್ದಲ್ಲಿ - ತಕ್ಷಣವೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಿರಿ

ಪ್ರಸವದ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚಿನ ರಕ್ತಸ್ರಾವ

ಬಾಣಂತಿ ಸನ್ನಿ

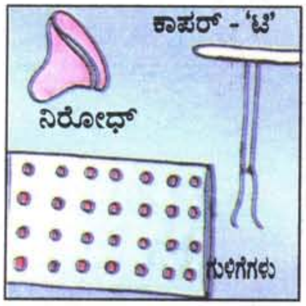


ಕೆಟ್ಟ ವಾಸನೆ ಇರುವ ಹಳದಿ ಬಣ್ಣದ ರಕ್ತಸ್ರಾವದೊಂದಿಗೆ ಜ್ವರ

ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಸಲಹೆ / ಅನುಸರಣೆ / ಮೇಲ್ದರ್ಜೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ರವಾನೆ (Referral)

ಪ್ರಸವಾ ನಂತರದ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಗಳು:

{ಪ್ರಸವಾ ನಂತರ ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನವಾಗಿ ವಂಕಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ.}



ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರಕ್ಕೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿ

1. ಪ್ರಸವಾ ನಂತರ "ವಂಕಿ" ಅಳವಡಿಕೆ (ಪಿ.ಪಿ.ಐ.ಯು.ಸಿ.ಡಿ) ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐, ಹೌದಾದರೆ,
   "ವಂಕಿ" ಅಳವಡಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ: / /
   ಮರು ಭೇಟಿ ದಿನಾಂಕಗಳು: / / | / / | / /
2. ಪ್ರಸವಾ ನಂತರ ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಪಿ.ಪಿ.ಎಫ್.ಎಸ್) ಮಾಡಲಾಗಿದೆಯೇ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐, ಹೌದಾದರೆ,
   ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದ ದಿನಾಂಕ: / /

ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಅಂತರ ಸುಖ ದಾಂಪತ್ಯ ನಿರಂತರ

ಎರಡು ಮಕ್ಕಳ ನಡುವೆ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಕಡಿಮೆ ಅವಧಿ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಮಗು ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಅಪಾಯ ನಿಗದಿ

XIV

ಪ್ರಸವ ನಂತರ ಆರೈಕೆ

ಹೆರಿಗೆಯ ದಿನಾಂಕ	ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸ್ಥಳ	ಹೆರಿಗೆಯ ವಿಧಾನ
☐☐☐☐☐☐	________	ಸಾಮಾನ್ಯ ☐ ಫಾರ್ಸೆಪ್ಸ್ ☐ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ☐

ಪೂರ್ಣಾವಧಿ/ಅವಧಿಪೂರ್ವ ________ ಹೆರಿಗೆಯ ನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವಾಸದ ಅವಧಿ ________

ಜನನ ________ ಸಜೀವ/ನಿರ್ಜೀವ

ತೊಂದರೆಗಳು ಇದ್ದಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿ ________

ಮಗುವಿನ ಲಿಂಗ ಗಂಡು / ಹೆಣ್ಣು * ಮಗುವಿನ ತೂಕ ☐☐☐☐ ಗ್ರಾಂಗಳಲ್ಲಿ

ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ ಮಗು ಅಳುತ್ತಿದೆಯೇ? **ಹೌದು** ☐ **ಇಲ್ಲ** ☐

ಹುಟ್ಟಿದ ಒಂದು ಗಂಟೆಯೊಳಗಾಗಿ ಎದೆ ಹಾಲು ಕುಡಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ? **ಹೌದು** ☐ **ಇಲ್ಲ** ☐

*(ಹುಟ್ಟಿದಾಗ ಮಗುವಿನ ತೂಕ < 2.5 ಕಿ.ಗ್ರಾಂ ಇದ್ದಲ್ಲಿ 3 ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಭೇಟಿ ನೀಡುವುದು)

ಪ್ರಸವಾ ನಂತರ ಆರೈಕೆ

	1ನೇ ದಿನ	3ನೇ ದಿನ	7ನೇ ದಿನ	6ನೇ ವಾರ
ಯಾವುದಾದರೂ ಸಮಸ್ಯೆ				
ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ?				
ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ				
ರಕ್ತದೊತ್ತಡ				
ತಾಪಮಾನ				
ಸ್ತನದ ಸ್ಥಿತಿ – ಮೃದು / ಗಡುಸು				
ಮೊಲೆಯ ತೊಟ್ಟು ಸಾಮಾನ್ಯ / ಗಡಸು				
ಗರ್ಭಕೋಶದ ಗಡಸುತನ ಇದೆ/ಇಲ್ಲ				
ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಪಿ / ವಿ ಅಧಿಕ / ಸಹಜ				
ಲೋಕಿಯಾ ಸಾಮಾನ್ಯ / ದುರ್ವಾಸನೆ				
ಎಪಿಸಿಯೋಟೊಮಿ/ ಹರಿದಿದೆಯೇ/ಸಹಜ/ ಸೊಂಕಾಗಿದೆಯೇ				
ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಮಾಲೋಚನೆ				
ಇತರೆ ತೊಂದರೆಗಳು / ಮೇಲ್ದರ್ಜೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ರವಾನೆ				

ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆ

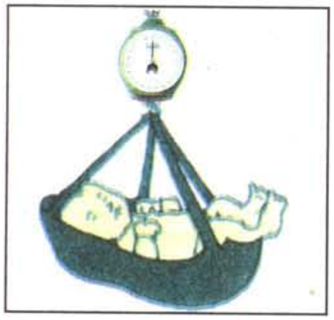
	1ನೇ ದಿನ	3ನೇ ದಿನ	7ನೇ ದಿನ	6ನೇ ವಾರ
ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ				
ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆ				
ಬೇಧಿ				
ವಾಂತಿ				
ಫಿಟ್ಸ್				
ಚಟುವಟಿಕೆ (ಉತ್ತಮ/ನಿಧಾನ)				
ಎದೆ ಹಾಲು ಸೇವನೆ (ಉತ್ತಮ / ನಿಧಾನ)				
ಉಸಿರಾಟದ ವೇಗ				
ಪಕ್ಕೆ ಸೆಳೆತ (ಇದೆ/ಇಲ್ಲ)				
ದೇಹದ ತಾಪಮಾನ				
ಕಾಮಾಲೆ				
ಹೊಕ್ಕುಳ ಬಳ್ಳಿಯ ಸ್ಥಿತಿ				
ಚರ್ಮದ ಸ್ಥಿತಿ				
ಇತರೇ ಯಾವುದಾದರೂ ತೊಂದರೆಗಳು				

ಅವಧಿ ಪೂರ್ವ ಅಕ್ಷಿಪಟಲದ ಅಂಧತ್ವ / ಸಮಸ್ಯೆ?
Retinopathy of Prematurity (ROP)

ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದಾಗ 2 ಕೆ.ಜಿ.ಗಿಂತ ಕಡಿಮೆ ತೂಕವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು / ಅಥವಾ ನಿಗದಿತ ಹೆರಿಗೆ ದಿನಾಂಕದ ಆರು ವಾರಗಳಿಗೆ ಮೊದಲು ಜನಿಸಿದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಮಗುವಿಗೆ ಆರ್.ಓ.ಪಿ (ROP) ಎಂಬ ಅಂಧತ್ವದ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ನೇತ್ರ ತಪಾಸಣೆ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಈ ತಪಾಸಣೆ ಮಗುವಿಗೆ ಒಂದು ತಿಂಗಳು ತುಂಬುವುದರೊಳಗೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು.

XV

ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ಆರೈಕೆ



ಹುಟ್ಟಿದ ಕೂಡಲೆ ಮಗುವಿನ ತೂಕ ಮಾಡಿಸಬೇಕು

2.5 ಕೆ.ಜಿ. ಗೂ ಕಡಿಮೆ ತೂಕವಿದ್ದರೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಆರೈಕೆ ಅಗತ್ಯ. (ಕಾಂಗರೂ ರಕ್ಷಣೆ)

ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ ಎದೆ ಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು.

ಮೊದಲ ದಿನದ ಎದೆಹಾಲಿನಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶವಿದ್ದು ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

48 ಗಂಟೆಗಳವರೆಗೆ ಮಗುವಿಗೆ ಸ್ನಾನ ಮಾಡಿಸಬೇಡಿ	ಮಗುವನ್ನು ಸದಾ ಬೆಚ್ಚಗಿಡಬೇಕು	ಮಗುವನ್ನು ರೋಗಿಗಳಿಂದ ದೂರವಿಡಬೇಕು	ಹೊಕ್ಕಳ ಬಳ್ಳಿ ತೇವವಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಿ

ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಗಂಭೀರ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದರೆ ತಕ್ಷಣವೇ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ / ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಿರಿ

- ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ಅಳುವುದಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ
- ಸೆಳೆತ ಮತ್ತು ಜ್ವರ ಅಥವಾ ಶರೀರ ತಣ್ಣಗಿದ್ದರೆ
- ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಗಂದೆಗಳಿದ್ದರೆ
- ಎದೆ ಚೀಪುವುದಕ್ಕೆ ಅಥವಾ ಎದೆ ಹಾಲು ಕುಡಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಕಷ್ಟ ಕಂಡುಬಂದರೆ
- ಹೊಕ್ಕಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಸುತ್ತ ಮತ್ತು ಒಳಗೆ ಕೆಂಪಾಗಿದ್ದರೆ
- ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಪಾದ ಹಳದಿಯಾಗಿದ್ದರೆ
- ಮಲದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಕಂಡುಬಂದರೆ
- ಸುಸ್ತಾಗಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಎಚ್ಚರ ತಪ್ಪಿದ್ದರೆ

ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಸಲಹೆ / ಅನುಸರಣೆ / ಮೇಲ್ದರ್ಜೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ರವಾನೆ (Referral)

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಮಗುವಿಗೆ ರಕ್ಷಣಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಮೊದಲನೇ ವರ್ಷ (0-12 ತಿಂಗಳು)

ನವಜಾತ ಶಿಶು ಪೋಲಿಯೋ / /	1 ½ ತಿಂಗಳು ಪೋಲಿಯೋ / /	2 ½ ತಿಂಗಳು ಪೋಲಿಯೋ / /	3 ½ ತಿಂಗಳು ಪೋಲಿಯೋ / /	9 ತಿಂಗಳು ತುಂಬಿದ ನಂತರ ದಡಾರ–1 / /
ನವಜಾತ ಶಿಶು ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ / /	1 ½ ತಿಂಗಳು ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ / /	2 ½ ತಿಂಗಳು ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ / /	3 ½ ತಿಂಗಳು ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ / /	9 ತಿಂಗಳು ತುಂಬಿದ ನಂತರ ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /
ನವಜಾತ ಶಿಶು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್-ಬಿ / /	1 ½ ತಿಂಗಳು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್-ಬಿ / /	2 ½ ತಿಂಗಳು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್-ಬಿ / /	3 ½ ತಿಂಗಳು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್-ಬಿ / /	 ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆದ ಮಗು

ಎರಡನೇ ವರ್ಷ (12 - 24 ತಿಂಗಳು) / ಮೂರನೇ ವರ್ಷದ ನಂತರ

18 ತಿಂಗಳು (ಬೂಸ್ಟರ್) ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ ದಡಾರ–2 / /	18 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /	30 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /	36 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /	42 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /
18 ತಿಂಗಳು (ಬೂಸ್ಟರ್) ಪೋಲಿಯೋ / /	24 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /	48 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /	54 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /	60 ತಿಂಗಳು ವಿಟಮಿನ್ 'ಎ' / /
ಜೆ.ಇ. ಲಸಿಕೆ (ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ) / /	60 ತಿಂಗಳು ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ (ಬೂಸ್ಟರ್) / /	10 ವರ್ಷ ಟಿ.ಟಿ. / /	16 ವರ್ಷ ಟಿ.ಟಿ. / /	

ನೆನಪಿಡಿ :

- ಮಗುವಿಗೆ 6 ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಕಬ್ಬಿಣಾಂಶದ ಸಿರಪ್‌ನ್ನು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಮೇರೆಗೆ ನೀಡಿರಿ.
- ಮಗುವಿಗೆ 1 ವರ್ಷದ ನಂತರ 6 ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಜಂತು ಹುಳುವಿನ ಔಷಧಿಯನ್ನು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಮೇರೆಗೆ ನೀಡಿರಿ.
- ನಿಮ್ಮ ಮಗುವಿಗೆ ಯಾವುದೇ ದೃಷ್ಟಿ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ 3ನೇ ವರ್ಷದ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಾರಿ ನೇತ್ರ ತಜ್ಞರಲ್ಲಿ / ನೇತ್ರ ಸಹಾಯಕರಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.
- ಪೊರೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಕಾರ್ನಿಯಾ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಣ್ಣಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ವಿಭಿನ್ನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ (ಜನ್ಮ ಸಂಬಂಧಿ) ಹುಟ್ಟಿದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ "ರೆಡ್ ರಿಫ್ಲೆಕ್ಸ್" ಎಂಬ ವಿಶೇಷವಾದ ಕಣ್ಣಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಕ್ಕಳ ತಜ್ಞರು / ನೇತ್ರ ತಜ್ಞರಲ್ಲಿ ಮಾಡಿಸಬೇಕು.

ನಿಮ್ಮ ಮಗುವಿಗೆ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಲಸಿಕೆಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಕೊಡಿಸಿ ಮತ್ತು 7 ಮಾರಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಿ

XVII ಮಗುವಿನ ಆಹಾರ

ತಾಯಿ ಎದೆಹಾಲು ಮಗುವಿಗೆ ಅಮೃತ ಸಮಾನ

0 - 6 ತಿಂಗಳು

* **ಹುಟ್ಟಿದ ತಕ್ಷಣ** ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು.
* ತಾಯಿ ಎದೆಹಾಲು ಮಾತ್ರ ಉಣಿಸಬೇಕು. ಬೇರೆ ಏನನ್ನೂ ಕೊಡಬಾರದು.
* ಮಗು ಕೇಳಿದಾಗಲೆಲ್ಲ ಹಗಲು ಮತ್ತು ರಾತ್ರಿ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸಬೇಕು (24 ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಕನಿಷ್ಠ 8-10 ಬಾರಿ)
* ಪ್ರತಿಬಾರಿಯೂ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸಿದ ತಕ್ಷಣ ತೇಗಿಸಬೇಕು.

ನೆನಪಿಡಿ :

* ನೀರು ಸೇರಿದಂತೆ ಬೇರೆ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬಾರದು
* ಮಗು ರೋಗದಿಂದಿದ್ದರೂ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು

6 - 12 ತಿಂಗಳು

* ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರೆಸಬೇಕು.
* ಮೆತ್ತನೆಯ ಆಹಾರ ನೀಡುವುದನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬೇಕು
* ಪ್ರತಿಸಲ ಒಂದು ಕಪ್‌ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ 3 ಬಾರಿ
  * ಎಣ್ಣೆ / ತುಪ್ಪದಲ್ಲಿ ಬೇಯಿಸಿದ ಬೇಳೆ ಮತ್ತು ಅನ್ನ
  * ಪುಡಿ ಮಾಡಿರುವ ಧಾನ್ಯಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಾಲು
  * ಬೇಯಿಸಿದ ಆಲೂಗೆಡ್ಡೆ, ಬಾಳೆಹಣ್ಣು, ಸಪೋಟ ಕೊಡಬೇಕು

ನೆನಪಿಡಿ :

* ಮಗುವನ್ನು ತೊಡೆಯ ಮೇಲೆ ಕೂರಿಸಿ ನೀವೇ ತಿನ್ನಿಸಿರಿ
* ತಿನ್ನಿಸುವ ಮೊದಲು ಕೈಗಳನ್ನು ಸೋಪಿನಿಂದ ಚೆನ್ನಾಗಿ ತೊಳೆಯಬೇಕು

1 - 2 ವರ್ಷಗಳು

* ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು
* ನೀವು ಸೇವಿಸುವ ಮನೆ ಆಹಾರವನ್ನೇ ಕೊಡಬಹುದು
* $1\frac{1}{2}$ ಕಪ್‌ನಂತೆ ದಿನಕ್ಕೆ 5 ಬಾರಿ
  * ಎಣ್ಣೆ / ತುಪ್ಪದಲ್ಲಿ ಬೇಯಿಸಿದ ಬೇಳೆ ಮತ್ತು ಕಿವಿಚಿದ ಅನ್ನ
  * ಕಿಚಡಿ, ತರಕಾರಿ, ಹಾಲು
  * ಬೇಯಿಸಿದ ಆಲೂಗೆಡ್ಡೆ, ಸಪೋಟ ಇತ್ಯಾದಿ ಕೊಡಬೇಕು

ನೆನಪಿಡಿ :

* ಮಗು ತಾನೇ ತಿನ್ನಲು ಬಿಡಿ
* ತಿನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಮಗುವಿನ ಕೈಗಳನ್ನು ಸೋಪಿನಿಂದ ತೊಳೆಯಬೇಕು.

2 ವರ್ಷಗಳು ಮತ್ತು ನಂತರ

* 3 ಬಾರಿ ತಿನ್ನಿಸಬೇಕು
* 3 ಊಟಗಳ ಮಧ್ಯೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಬೇರೆ ತಿನಿಸುಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕು

ನೆನಪಿಡಿ :

* ಮಗು ಪ್ರತಿಯೊಂದನ್ನು ತಿನ್ನುತ್ತಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿ.
* ತಿನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಕೈಗಳನ್ನು ಸೋಪಿನಿಂದ ತೊಳೆಯುವ ಅಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಮಗುವಿಗೆ ರೂಢಿ ಮಾಡಿರಿ.

XVIII

ಮಗುವಿಗೆ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳಿಂದ ಮುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

- ★ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವ ತಾಯಿಗೆ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರ ನೀಡಿ.
- ★ ಹಸಿರು ತರಕಾರಿ, ಸೊಪ್ಪು, ಹಣ್ಣು ಮತ್ತು ಹಾಲನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿ

ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ದಾರಿ ಮತ್ತು ಮೈಲಿಗಲ್ಲುಗಳು

0-3 ತಿಂಗಳುಗಳು

ನೀವೇನು ಮಾಡಬೇಕು?

ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ನಗು ಹಾಗೂ ಮಾತು

ಮಗು ನೋಡಲು, ಕೇಳಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಮುಟ್ಟಲು ಮತ್ತು ನಗಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ

ಮಗು ಏನು ಮಾಡುತ್ತದೆ ?

3 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನಗುತ್ತದೆ.

ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಹಿಡಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಿದೆ

ಶಬ್ದ ಮಾಡುತ್ತದೆ

3-6 ತಿಂಗಳುಗಳು

ನೀವೇನು ಮಾಡಬೇಕು?

ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ಮಾತು ಹಾಗೂ ಮಮತೆ

ಮಗು ಬಣ್ಣದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟಲು ಮತ್ತು ಹಿಡಿಯಲು ಬಿಡಿ

ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ಮಾತನಾಡಿ ಹಾಗೂ ಉತ್ತರ ನೀಡಿ.

ಮಗು ಕೆಳಕಂಡ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಬೇಕು

ತಲೆಯನ್ನು ನೆಟ್ಟಗೆ ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಶಬ್ದದ ಕಡೆಗೆ ಮಗು ತಲೆಯನ್ನು ತಿರುಗಿಸುತ್ತದೆ

ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಮಗು ರೋಗದಿಂದಿದ್ದರೂ ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು	ರೋಗ ಗುಣವಾದ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚು ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು	ಕುಟುಂಬ ಐಯೋಡಿನ್‌ಯುಕ್ತ ಉಪ್ಪನ್ನು ಮಾತ್ರ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು

XIX

ಮಗುವಿಗೆ ಎದೆಹಾಲು ಜೊತೆಗೆ ಪೂರಕ ಆಹಾರವನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ವೇಗವಾಗಿರುತ್ತದೆ

6- 12 ತಿಂಗಳು

ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು

ನೀವು ಏನು ಮಾಡಬೇಕು ?

- ★ 6 ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಮೃದುವಾದ ಮತ್ತು ಬೇಯಿಸಿ ಹಿಸುಕಿದ ಬೇಳೆ, ತರಕಾರಿ, ಧಾನ್ಯ ಮತ್ತು ಹಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು.
- ★ ಕ್ರಮೇಣ ಆಹಾರದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು
- ★ ಹಸಿವು ಮತ್ತು ಸನ್ನೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಸರಿಯಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಿನ್ನಿಸಿ
- ★ ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳಿ ಮತ್ತು ಜೊತೆಗೆ ನೀವೂ ತಿನ್ನಿ
- ★ ದಿನಕ್ಕೆ 4 ರಿಂದ 5 ಬಾರಿ ಆಹಾರ ಕೊಡಿ

ಮಗುವಿಗೆ ಆಟವಾಡಲು ಸುರಕ್ಷಿತ ಮತ್ತು ಶುಚಿಯಾದ ಆಟದ ಸಾಮಾನುಗಳನ್ನು ಕೊಡಿರಿ

(ಗಾಢ ಬಣ್ಣದ ಆಟಿಕೆಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಡಿ; ಅವುಗಳಿಂದ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಹಾನಿಕರ)

ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ಆಟವಾಡಿರಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿರಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಸ್ತುಗಳ ಹೆಸರನ್ನು ಬೋಧಿಸಿರಿ

ಮಗು ಏನು ಮಾಡುತ್ತದೆ

9ನೇ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಮಗು ಅಂಬೆಗಾಲಿಡುತ್ತದೆ

ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಬೆರಳುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತದೆ.

ಬೇರೆಯವರ ಸಹಾಯದಿಂದ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಹಾಯವಿಲ್ಲದೆ ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ತಾತ, ತಾತ ಎಂದು ಕೈ ಎತ್ತುತ್ತದೆ

ಅಪ್ಪ - ಅಮ್ಮ... ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತದೆ

ಮೇಲಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೈಲಿಗಲ್ಲಿನಲ್ಲಿ ತಡವಾದರೆ ಮಗುವನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತೋರಿಸಿ

XX

ಮಗುವಿನ ಆಹಾರ, ಆರೈಕೆ, ಆಟದ ಬಗ್ಗೆ ಅಕ್ಕರೆಯಿಂದ ತಂದೆ ತಾಯಿ ಸ್ಪಂದಿಸಿದರೆ ಮಗು ಪ್ರಭುದ್ಧವಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ

1 - 2 ವರ್ಷಗಳು

ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಆಹಾರ

- ಎದೆಹಾಲು ಉಣಿಸುವುದನ್ನು 2 ವರ್ಷದವರೆಗೆ ಮುಂದುವರಿಸಿ ನಂತರವೂ ಮುಂದುವರಿಸಬಹುದು.
- ನೀವು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಸುವ ವಿವಿಧ ಆಹಾರವನ್ನೇ ಕೊಡಿ
  ಉದಾ : ರೊಟ್ಟಿ, ಅನ್ನ, ತರಕಾರಿ, ಹಣ್ಣು, ಬೇಳೆ ಮತ್ತು ಹಾಲು
- ಆಹಾರವನ್ನು 5 ಬಾರಿ ಕೊಡಿ, ಮತ್ತು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಕೊಡಿ.
- ಆದರಿಂದ ತಿಂದ ಆಹಾರದ ಪ್ರಮಾಣ ಗೊತ್ತಾಗುತ್ತದೆ.
- ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ಕುಳಿತು ಆಹಾರ ತಿನ್ನಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಿ

ನೀವು ಏನು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ !

ಮಗು ವಸ್ತುಗಳ ಜೊತೆ ಆಡಲು ಮತ್ತು ಜೋಡಿಸಲು ಬಿಡಿ

ಸರಳ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಿ ಮತ್ತು ಉತ್ತರಿಸಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಿ

1 ½ ವರ್ಷ ಮಗು ಏನನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ

ನಿಮ್ಮ ಹತ್ತಿರ ಬರುತ್ತದೆ

ನೆಲದ ಮೇಲಿರುವ ದ್ರಾಕ್ಷಿ ಹಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಕಪ್‌ನಲ್ಲಿ ಆಯ್ದು ಇಡುತ್ತದೆ

ನಡೆಯುತ್ತದೆ

2 ವರ್ಷ ಮಗು ಏನನ್ನು ಮಾಡುತ್ತದೆ

ಕೈ ಹಿಡಿದು ನಡೆಯುತ್ತದೆ

ತಾತ, ಮಾಮಾ ಎಂದು ಹೇಳುತ್ತದೆ

ಮನೆಕೆಲಸವನ್ನು ಅನುಕರಿಸುತ್ತದೆ.

2 - 3 ವರ್ಷಗಳು

ಆಹಾರ

- ಮನೆಯಲ್ಲಿ ತಯಾರಿಸಿದ ಆಹಾರವನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ 5 ಬಾರಿ ಕೊಡಿ
- ಮಗು ಸ್ವತಃ ತಿನ್ನುವಂತೆ ಉತ್ತೇಜಿಸಿ.
- ಮಗು ತಿನ್ನುತ್ತಿರುವಾಗ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಿ
- ಊಟಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆ ಸೋಪಿನಿಂದ ಕೈ ತೊಳೆಯುವುದನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿಸಿರಿ
- ಚೆನ್ನಾಗಿ ಜಗಿದು ತಿನ್ನಲು ಪ್ರೊತ್ಸಾಹಿಸಿರಿ

ನೀವು ಏನು ಮಾಡಬಹುದು !

ಅಂಕಗಳನ್ನು ಬೋಧಿಸಿ

ಸರಳ ಆಟದ ಸಾಮಾನುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿರಿ

ಮಗುವಿಗೆ ಮಾತನಾಡಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ ಕಥೆ, ಹಾಡು, ಆಟಗಳನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಡಿ.

ಮಗು ಏನು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ

2 ½ ವರ್ಷಗಳು

ಶರೀರದ ಭಾಗಗಳನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ

ಮಗು ಸ್ವತಃ ತಿನ್ನುತ್ತದೆ

ಬಣ್ಣವನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ

3 ವರ್ಷಗಳು

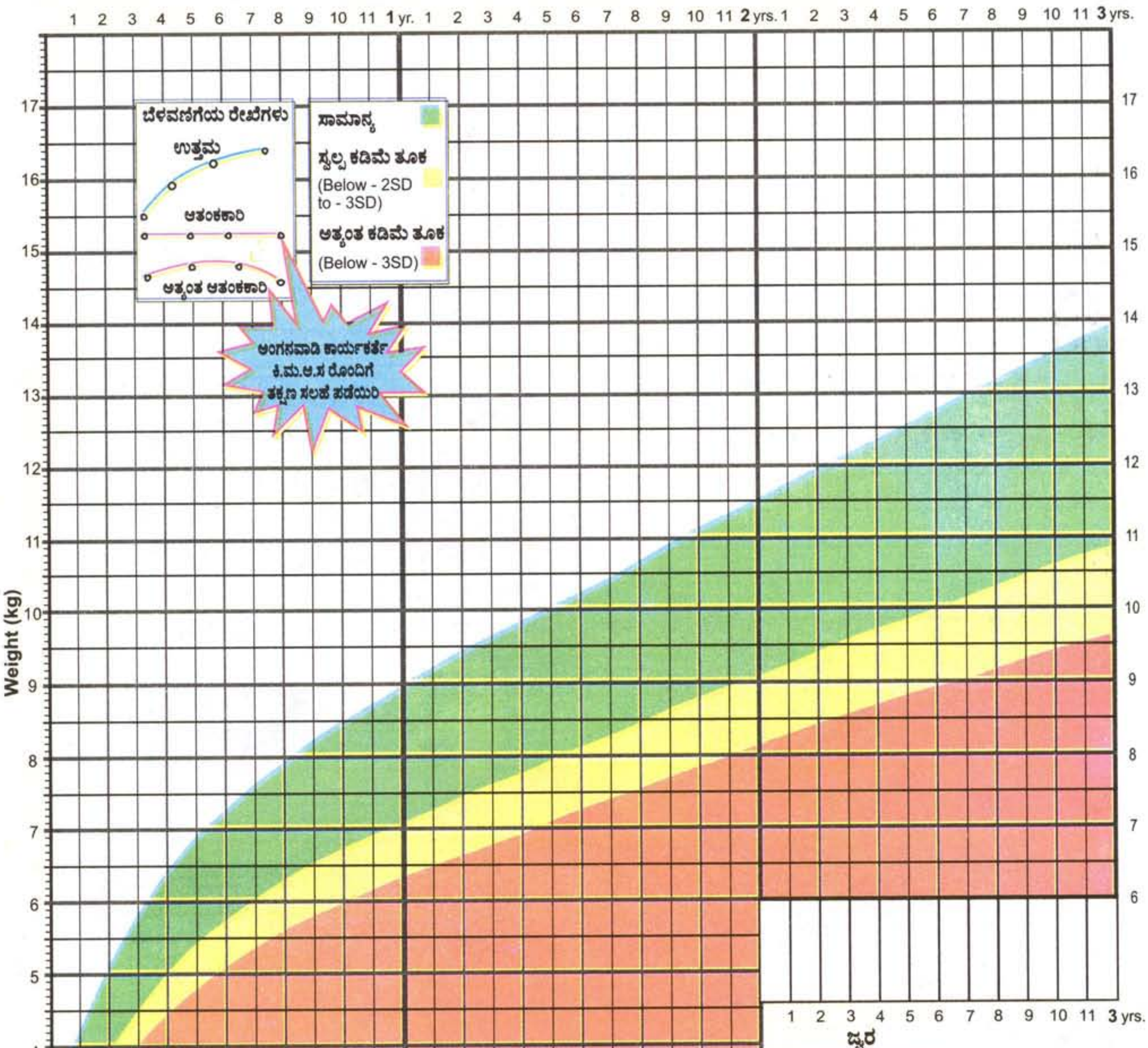
ಗೆರೆ ಎಳೆಯುತ್ತದೆ

ಮಗು ಸ್ವತಃ ಕೈಗಳನ್ನು ತೊಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ

4 ರಲ್ಲಿ 3 ವಸ್ತುಗಳ ಹೆಸರನ್ನು ಹೇಳುತ್ತದೆ

ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೈಲಿಗಲ್ಲು ನಿಧಾನವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿಗೆ ಸ್ವತಃ ತಿನ್ನಿಸಿ, ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಆಟವಾಡಿ ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಜೊತೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಾತನಾಡಿ. ಸುಧಾರಣೆಯಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಿರಿ

ಹೆಣ್ಣು ಮಗು - ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಅನುಸಾರ ತೂಕ
ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ 3 ವರ್ಷದವರೆಗೆ (WHO ಮಾನದಂಡದಂತೆ)



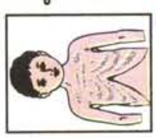
ಜ್ವರ

- ಹೆಚ್ಚು ಜ್ವರವಿದ್ದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕರೆದೊಯ್ಯಿರಿ

ಬೇಧಿ

- ಎದೆ ಹಾಲು ಪದೇ ಪದೇ ಕೊಡಿ
- ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ದ್ರವ ಆಹಾರ ನೀಡಿ
- ಓಆರ್‌ಎಸ್ ಹಾಗೂ ಜಿಂಕ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯಂತೆ ನೀಡಿ
- ಆಹಾರ ಕೊಡುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಡಿ
- ಬೇಧಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕರೆದು ತನ್ನಿ

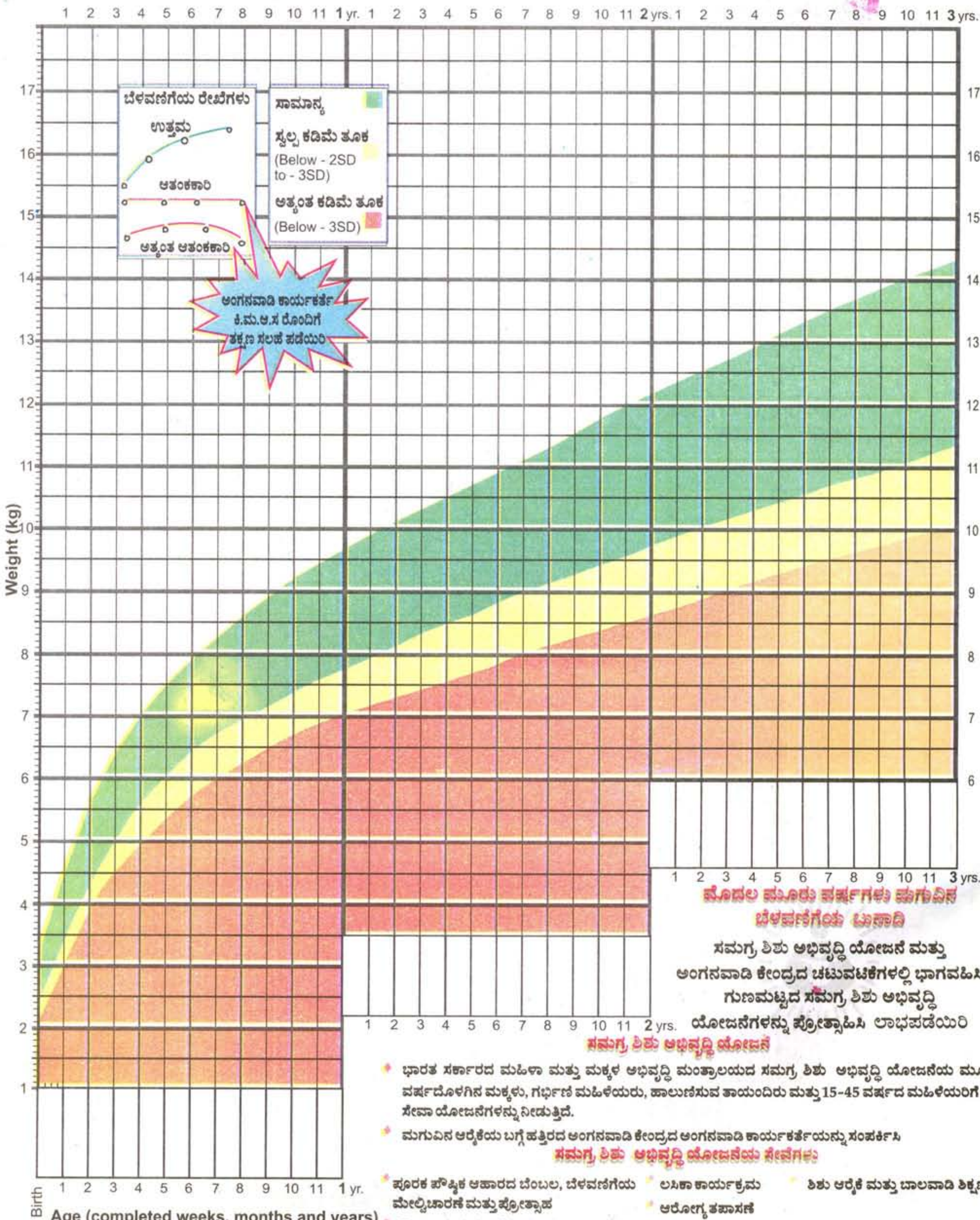
ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆ (ಪಕ್ಕೆ ಎಳೆತ)



- ತೀವ್ರ ಉಸಿರಾಟ ಅಥವಾ ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕರೆದೊಯ್ಯಿರಿ.

+ ಅನಾರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಆರೈಕೆ +

ಗಂಡು ಮಗು - ವಯಸ್ಸಿಗೆ ಅನುಸಾರ ತೂಕ
ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ 3 ವರ್ಷದವರೆಗೆ (WHO ಮಾನದಂಡದಂತೆ)



ಮೊದಲ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳು ಮಗುವಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಬುನಾದಿ

ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ ಮತ್ತು
ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ
ಗುಣಮಟ್ಟದ ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ
ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸಿ ಲಾಭಪಡೆಯಿರಿ

ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆ

- ಭಾರತ ಸರ್ಕಾರದ ಮಹಿಳಾ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಮಂತ್ರಾಲಯದ ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲಕ 6 ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳು, ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರು, ಹಾಲುಣಿಸುವ ತಾಯಂದಿರು ಮತ್ತು 15-45 ವರ್ಷದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಸಮಗ್ರ ಸೇವಾ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದೆ.
- ಮಗುವಿನ ಆರೈಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಹತ್ತಿರದ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದ ಅಂಗನವಾಡಿ ಕಾರ್ಯಕರ್ತೆಯನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ

ಸಮಗ್ರ ಶಿಶು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಯೋಜನೆಯ ಸೇವೆಗಳು

- ಪೂರಕ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರದ ಬೆಂಬಲ, ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮತ್ತು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ
- ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ
- ಲಸಿಕಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ
- ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ
- ಸಾರಿಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ
- ಶಿಶು ಆರೈಕೆ ಮತ್ತು ಬಾಲವಾಡಿ ಶಿಕ್ಷಣ

ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ನಿಮ್ಮ ಮಗುವನ್ನು ಅಂಗನವಾಡಿ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ತೂಕ ಮಾಡಿಸಿ

ತಾಯಿಕಾರ್ಡ್

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ / ಮಡಿಲು ಅನುಬಂಧ - 1

ತಾಯಿಯ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಅಂಟಿಸಿರಿ

ಭಾಗ - A1

ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಹೆಸರು ವಯಸ್ಸು	
ಅನ್ವಯಿಸುವ ಕಡೆ ✓ನಮೂದಿಸಿರಿ	ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೇ ಬಿಪಿಎಲ್ ☐
ವಿಳಾಸ ಗಂಡ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ ಹೆಸರು	
ಗ್ರಾಮ	
ಉಪ ಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು :	
ಪ್ರಾ. ಆ. ಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು :	
ತಾಲ್ಲೂಕು :	
ಜಿಲ್ಲೆ :	
ಹೆರಿಗೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ದಿನಾಂಕ :	
ಗರ್ಭಿಣಿ ದಾಖಲಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ :	
ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್. ಗೆ ಪೂರಕ ದಾಖಲೆ (ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)	ಕಂದಾಯಾಧಿಕಾರಿ ☐ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಇತರೆ ☐
ಎಸ್.ಸಿ/ಎಸ್.ಟಿ. ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ (ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)	
ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ. ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ	

ವೈ------------------------------ ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ ------------------------------ ಎಂಬ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷ ಯೋಜನೆ / ಮಡಿಲು (ಅನ್ವಯಿಸದಿರುವುದನ್ನು ಹೊಡೆದು ಹಾಕಿ) ಗೆ ಅರ್ಹರೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :------------

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಸಹಿ, ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಮೊಹರು
(A3 ಆ ನಲ್ಲೂ ಸಹಿ ಮಾಡಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿರಿ)

ಭಾಗ - A2
ಹೆರಿಗೆ ವಿವರಗಳು

1. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ವೇಳೆ------------ AM / PM
2. ದಿನಾಂಕ ------------
3. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸ್ಥಳ : ಮನೆ ☐ ಉಪಕೇಂದ್ರ ☐ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ ☐ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐
   ನೊಂದಾಯಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಸ್ಥಳೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐
4. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿವರಗಳು :

ಅ. ತೂಕ : ☐☐☐☐ ಗ್ರಾಂಗಳು

ಆ. ಹುಟ್ಟಿದ ಕೂಡಲೇ ಅಳುತ್ತಿದೆ: ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಇ. ಕೂಡಲೇ ಎದೆಹಾಲು ಕುಡಿಸಿದೆ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಈ. ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿಗೆ ಕಾಮಾಲೆ : ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಕೆಳಕಂಡ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಬಾಣಂತಿಗೆ ನೀಡಲಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ.	ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ (ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮಾತ್ರ)
ಮೊಬಲಗು ರೂ --------------	ಅನ್ವಯಿಸುವ ಕಡೆ ✓ ಗುರುತುಹಾಕಿ
ಚೆಕ್ ನಂ : ------------------	ನೀಡಲಾಗಿದೆ ☐
ದಿನಾಂಕ : ------------------	ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ ☐
ದಾಖಲಾತಿ ಪುಸ್ತಕದ ಸಂಖ್ಯೆ :----------------	ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ ☐

ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು ----------------- ವಿತರಣಾಧಿಕಾರಿ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು :

(ಮಡಿಲು / ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ ಸ್ವೀಕೃತರು) ಹೆಸರು :

ಸಾಕ್ಷಿ ------------------------------ ಮೊಹರು :

ದಿನಾಂಕ :

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ

ಭಾಗ - B1

ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಹೆಸರು	
ವಯಸ್ಸು	
ಅನ್ವಯಿಸುವ ಕಡೆ ✓ ಗುರುತುಹಾಕಿ	ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೇ ಬಿಪಿಎಲ್ ☐
ವಿಳಾಸ ಗಂಡ / ತಂದೆ / ತಾಯಿ ಹೆಸರು:	
ಗ್ರಾಮ	
ಉಪ ಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು :	
ಪ್ರಾ. ಆ. ಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು :	
ತಾಲ್ಲೂಕು :	
ಜಿಲ್ಲೆ :	
ಹೆರಿಗೆ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ದಿನಾಂಕ :	
ಗರ್ಭಿಣಿ ದಾಖಲಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ :	
ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್. ಗೆ ಪೂರಕ ದಾಖಲೆ (ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)	ಕಂದಾಯಾಧಿಕಾರಿ ☐ ಬಿಪಿಎಲ್ ಕಾರ್ಡ್ ☐ ಇತರೆ ☐
ಎಸ್.ಸಿ/ಎಸ್.ಟಿ. ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ (ಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಿರಿ)	
ಕಿ.ಮ.ಆ.ಸ. ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ	

ವೈ------------------------- ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ ------------------------- ಎಂಬ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :------------

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಸಹಿ, ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಮೊಹರು
(B3 ಅ ನಲ್ಲೂ ಸಹಿ ಮಾಡಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿರಿ)

ಭಾಗ - B2

ಹಣ ಪಾವತಿಯ ವಿವರಗಳು

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ ಮೊದಲನೇ ಕಂತಿನ ಹಣ ಪಾವತಿಯ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ ವೈ----------ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ ----------- -------------- ವಯಸ್ಸು ----- ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೆ ☐ ______________ ಗ್ರಾಮ ಎಂಬ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಮೊದಲನೇ ಕಂತಿನ ಹಣವನ್ನು ಚೆಕ್ ಸಂಖ್ಯೆ : ------------------------- ಮೂಲಕ ದಿನಾಂಕ: ---------ರಂದು ರೂ.------(ರೂ. ------ ------) ಪಾವತಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಹಣ ಬಟವಾಡೆ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು. ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ :	**ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆ** ಎರಡನೇ ಕಂತಿನ ಹಣ ಪಾವತಿಯ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ ವೈ----------ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ ----------- -------------- ವಯಸ್ಸು ----- ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೆ ☐ ______________ ಗ್ರಾಮ ಎಂಬ ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಎರಡನೇ ಕಂತಿನ ಹಣವನ್ನು ಚೆಕ್ ಸಂಖ್ಯೆ : ------------------------- ಮೂಲಕ ದಿನಾಂಕ: ---------ರಂದು ರೂ.------(ರೂ. ------ ------) ಪಾವತಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಹಣ ಬಟವಾಡೆ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು. ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ :

(ಇಲ್ಲಿರುವ ಹಣ ಪಾವತಿ ಪತ್ರ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಜೊತೆಗೇ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ)

ಕ್ರ.ಸಂ. 3268219

ತಾಯಿಕಾರ್ಡ್

ತಾಯಿಯ ಭಾವಚಿತ್ರವನ್ನು ಅಂಟಿಸಿರಿ

ವಿಭಾಗ - ಅ

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ / ಮಡಿಲು ಅನುಬಂಧ - 1

ಭಾಗ - A 3

ಹಣ ನೀಡಿದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ / ಉಪಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಇರಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲಾತಿ

(ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ. ಹಣ ಬಟವಾಡೆ ಮಾಡುವ ರಿಜಿಸ್ಟರ್ ಇದ್ದರೆ ಅದರ ಪುಟದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ಅಂಟಿಸಬಹುದು)

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ. ಫಲಾನುಭವಿ ಹೆಸರು	
ಗರ್ಭಿಣಿ ದಾಖಲಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
ವಿವರ ಅನ್ವಯಿಸಿದ ಕಡೆ ✓ ನಮೂದಿಸಿರಿ	ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೇ ಬಿಪಿಎಲ್ ☐
ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಯ ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರದ ಹೆಸರು	
ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ	
ಎಸ್.ಸಿ./ಎಸ್.ಟಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ / ಇತರೇ ದಾಖಲಾತಿಗಳು	
ವಾಸ ಸ್ಥಳ	ಗ್ರಾಮೀಣ ☐ ಪಟ್ಟಣ/ನಗರ ☐

ದಿನಾಂಕ :- - - - - - -

(ಗರ್ಭಿಣಿ ದಾಖಲಾದ ಪ್ರದೇಶದ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು)
(ಭಾಗ -A1 ರಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡುವಾಗ
ಇಲ್ಲಿಯೂ ದೃಢೀಕರಿಸಬೇಕು)

ವಿಭಾಗ - ಬ

ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಸ್ಥಳ : ಮನೆ ☐ ಉಪಕೇಂದ್ರ ☐ ಪ್ರಾ.ಆ. ಕೇಂದ್ರ ☐ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ☐

ಹೆರಿಗೆಯಾಗಿರುವ ಉಪಕೇಂದ್ರ/ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂದ್ರ/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹೆಸರು - - - - - - - -

ಸ್ಥಳ - - - - - - - - - - - - - - -

ತಾಲ್ಲೂಕು - - - - - - - - - - - - -

ಜಿಲ್ಲೆ: - - - - - - - - - - - - - - -

ದಿನಾಂಕ: - - / - - /- - - -

(ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು)
(ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ವಿತರಿಸುವ
ಹೆರಿಗೆ ಸ್ಥಳದ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು.)

ವಿಭಾಗ - ಕ

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ. ಸಂಭಾವನೆ ಮತ್ತು ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ ವಿತರಣೆ

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ.	ಮಡಿಲು ಕಿಟ್ (ಸಾಂಸ್ಥಿಕ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಮಾತ್ರ)
ಮೊಬಲಗು ರೂ - - - - - - - - ಚೆಕ್ ನಂ : - - - - - - - - - - - ದಿನಾಂಕ : - - - - - - - - - - - ದಾಖಲಾತಿ ಪುಸ್ತಕದ ಸಂಖ್ಯೆ :- - - - - - - - -	ಅನ್ವಯಿಸುವ ಕಡೆ ✓ ನಮೂದಿಸಿರಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ ☐ ನೀಡಲಾಗಿಲ್ಲ ☐ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ ☐

ದಿನಾಂಕ: - - / - - /- - - -

ಜೆ.ಎಸ್.ವೈ./ಮಡಿಲು ವಿತರಕರ ಸಹಿ

ಹೆಸರು - - - - - - - - - -

ಹುದ್ದೆ

ಮೊಹರು

ಸ್ವೀಕೃತರ ಸಹಿ

ಹೆಸರು

ಸಾಕ್ಷಿ

1. - - - - - - - - - - - - -
2. - - - - - - - - - - - - -

ಭಾಗ - B 3
ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಕ್ರ.ಸಂ. 3268219

ವಿಭಾಗ - ಅ

ಅರ್ಹತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ವೈ- - - - - - - ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ - - - - - -
- - - - - - - - ಬಿನ್ / ಕೋಂ
ವಯಸ್ಸು- - - , ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೆ ☐
- - - - - - - ಗ್ರಾಮ, - - - - - - - - - - - -
ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ, - - - - - - - - - - - -
ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂ. - - - - - - - - - - - - - - ತಾಲ್ಲೂಕು,
- - - - - - - - - - - - ಜಿಲ್ಲೆ ಇವರ ಗರ್ಭಿಣಿ
ದಾಖಲಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ☐
ಹೆರಿಗೆಯ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ದಿನಾಂಕ: - - - /- - /- - - - - -
ಆಗಿದ್ದು, ಪೂರಕ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರೆಂದು, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ, ಹೆಸರು
ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು.

ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ:

ವಿಭಾಗ - ಬ

ಸ್ಟಾಂಪ್ ಸೈಜ್
ಭಾವಚಿತ್ರ

ಮೊದಲನೇ ಕಂತಿನ ಹಣ ಪಾವತಿಯ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ವೈ- - - - - - - ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ - - - - - -
- - - - - - - - ವಯಸ್ಸು- - - , ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐
ಇತರೆ ☐ - - - - - - - - ಗ್ರಾಮ ಎಂಬ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲನೇ ಕಂತಿನ ಹಣವನ್ನು ಚೆಕ್ ಮೂಲಕ ಸಂಖ್ಯೆ- - - - - - - ದಿನಾಂಕ : - /- /- - -
ರೂ.- - - - - - (ರೂ. - - - - - - - - - - - -)
ಪಾವತಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಹಣ ಬಟವಾಡೆ ಮಾಡುವ
ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ, ಹೆಸರು
ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು.

ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ:

ಭಾಗ - B 4
ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ

ಕ್ರ.ಸಂ. 3268219

ವಿಭಾಗ - ಕ

ಅರ್ಹತಾ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ವೈ- - - - - - - ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ - - - - - -
- - - - - - - - ಬಿನ್ / ಕೋಂ
ವಯಸ್ಸು- - - , ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐ ಇತರೆ ☐
- - - - - - - ಗ್ರಾಮ, - - - - - - - - - - - -
ಉಪಕೇಂದ್ರದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯಲ್ಲಿ, - - - - - - - - - - - -
ಪ್ರಾ.ಆ.ಕೇಂ. - - - - - - - - - - - - - - ತಾಲ್ಲೂಕು,
- - - - - - - - - - - - ಜಿಲ್ಲೆ ಇವರ ಗರ್ಭಿಣಿ
ದಾಖಲಾತಿ ಸಂಖ್ಯೆ: ☐
ಹೆರಿಗೆಯ ನಿರೀಕ್ಷಿತ ದಿನಾಂಕ: - - - /- - /- - - - - -
ಆಗಿದ್ದು, ಪೂರಕ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಕುಟುಂಬಕ್ಕೆ ಸೇರಿದವರೆಂದು, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಗೆ ಅರ್ಹರೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸಿದ್ದೇನೆ.

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ, ಹೆಸರು
ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು.

ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ:

ವಿಭಾಗ - ಡ

ಸ್ಟಾಂಪ್ ಸೈಜ್
ಭಾವಚಿತ್ರ

ಎರಡನೇ ಕಂತಿನ ಹಣ ಪಾವತಿಯ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ವೈ- - - - - - - ಆದ ನಾನು, ಶ್ರೀಮತಿ - - - - - -
- - - - - - - - ವಯಸ್ಸು- - - , ಪ.ಜಾ ☐ ಪ.ಪಂ ☐
ಇತರೆ ☐ - - - - - - - - ಗ್ರಾಮ ಎಂಬ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಮೂಲ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ, ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ ಕಂತಿನ ಹಣವನ್ನು ಚೆಕ್ ಮೂಲಕ ಸಂಖ್ಯೆ- - - - - - - ದಿನಾಂಕ : - /- /- - -
ರೂ.- - - - - - (ರೂ. - - - - - - - - - - - -)
ಪಾವತಿಸಿರುತ್ತೇನೆಂದು ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಹಣ ಬಟವಾಡೆ ಮಾಡುವ
ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಯ ಸಹಿ, ಹೆಸರು
ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಫಲಾನುಭವಿಯ ಸಹಿ / ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು.

ದಿನಾಂಕ : ಸ್ಥಳ:

ತಾಯಂದಿರ ಹಾಗೂ ಶಿಶು ಮರಣ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸಲು ರಾಜ್ಯದ ಬಿ.ಪಿ.ಎಲ್ ಮತ್ತು ಪ.ಜಾ/ಪ.ವ.ಕ್ಕೆ ಸೇರಿದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗೆ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಎನ್.ಆರ್.ಹೆಚ್.ಎಂ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಅನುಷ್ಠಾನಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜನನಿ ಸುರಕ್ಷಾ ಯೋಜನೆ

ಮನೆಯಲ್ಲಾದ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ರೂ. 500/-, ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಟ್ಟಣ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ. 600/-, ಗ್ರಾಮಾಂತರ ಪ್ರದೇಶದ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ರೂ. 700/- ಮತ್ತು ನೊಂದಾಯಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಾದ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗೆ ರೂ. 1500/- ರಂತೆ ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯ ಧನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು (2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ).

ಮಡಿಲು ಯೋಜನೆ:

ಗರ್ಭಿಣಿಯು ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಲ್ಲಿ ತಾಯಿಗೆ ಮತ್ತು ಮಗುವಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾದ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳುಳ್ಳ ಒಂದು ಕಿಟ್‌ನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು (2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ).

ಪ್ರಸೂತಿ ಆರೈಕೆ:

ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಪೌಷ್ಠಿಕಾಂಶ ಆಹಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ಎರಡನೇ ತ್ರೈಮಾಸಿಕದಲ್ಲಿ (4 ರಿಂದ 6ನೇ ತಿಂಗಳವರೆಗೆ) ಮೊದಲನೇ ಕಂತಾಗಿ ರೂ. 1000/- ಆರ್ಥಿಕ ಧನ ಸಹಾಯ ಮತ್ತು ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಎರಡನೇ ಕಂತಾಗಿ ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಫಲಾನುಭವಿಗೆ ರೂ. 300/- ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶದ ಫಲಾನುಭವಿಗೆ ರೂ. 400/- ಆರ್ಥಿಕ ಸಹಾಯವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು ಈ ಯೋಜನೆಯು ಕೋಲಾರ ಮತ್ತು ಧಾರವಾಡ ಜಿಲ್ಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದೆ (2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ).

ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಯೋಜನೆ

ರಾಜ್ಯದ 7 'ಸಿ' ವರ್ಗದ ಜಿಲ್ಲೆಗಳಾದ ಬೀದರ, ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ, ಯಾದಗಿರಿ, ರಾಯಚೂರು, ಕೊಪ್ಪಳ, ಬಿಜಾಪುರ, ಬಾಗಲಕೋಟೆ ಮತ್ತು ಚಾಮರಾಜನಗರ (ಒಟ್ಟು 8) ಜಿಲ್ಲೆಯ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಸರ್ಕಾರದೊಂದಿಗೆ ಕರಾರಿಗೊಳಪಟ್ಟ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಹೆರಿಗೆ ಸೌಕರ್ಯ. ಹೆರಿಗೆಯಾದ ನಂತರ ಮನೆಗೆ ಹೋಗುವಾಗ ತಾಯಿಗೆ ರೂ. 250/- ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕರಿಗೆ ರೂ. 75/-ಗಳನ್ನು ಪ್ರಯಾಣ ಭತ್ಯೆಯಾಗಿ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ನೀಡಲಾಗುವುದು (2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ).

ತಾಯಿ ಭಾಗ್ಯ ಪ್ಲಸ್

ಗ್ರಾಮೀಣ ಪ್ರದೇಶದ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ನೋಂದಾಯಿತ ಖಾಸಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾದರೆ ರೂ. 1,000/- ವಿಶೇಷ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ಧನ ನೀಡಲಾಗುವುದು (2 ಜೀವಂತ ಜನನಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ).

"ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ"

ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಗ್ರಾಮೀಣ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದಡಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಸೂತಿ ಪೂರ್ವ, ಪ್ರಸೂತಿ ವೇಳೆ ಮತ್ತು ಪ್ರಸೂತಿ ನಂತರದ ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗಳು ಹಾಗೂ ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿಗೆ (ಜನಿಸಿದ 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ) ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಚಿತ ಸೇವೆಯನ್ನು ನೀಡಲು **"ಜನನಿ ಶಿಶು ಸುರಕ್ಷಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ"** ಎಂಬ ನೂತನ ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ (ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಹಾವಿದ್ಯಾಲಯಗಳೂ ಸೇರಿ) ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ತಾಯಿ ಕಾರ್ಡ್ ಹೊಂದಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವರ್ಗದ ಎಪಿಎಲ್ / ಬಿಪಿಎಲ್ ಫಲಾನುಭವಿಗಳಿಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಸೇವೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು.

ಗರ್ಭಿಣಿ ಮಹಿಳೆಯರಿಗೆ ಮತ್ತು ನವಜಾತ ಶಿಶುವಿಗೆ (ಜನಿಸಿದ 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ) ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವ ಸೇವೆಗಳು:

- ಸಂಪೂರ್ಣ ಉಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ
- ಉಚಿತ ಅಗತ್ಯ ಔಷಧಿಗಳು ಮತ್ತು ಬಳಕೆ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು.
- ಉಚಿತ ಪ್ರಯೋಗಶಾಲೆ ಸೇವೆಗಳು.
- ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ಊಟದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಯಾದಲ್ಲಿ 2 ದಿನಗಳು ಮತ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದಲ್ಲಿ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ 7 ದಿನಗಳು)
- ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವ ಗರ್ಭಿಣಿ ಮತ್ತು ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತದ ವ್ಯವಸ್ಥೆ.
- ಎಲ್ಲಾ ತರಹದ ಸೇವಾ ಶುಲ್ಕದಿಂದ ವಿನಾಯಿತಿ.

ಆರೋಗ್ಯ ವೃದ್ಧಿಯಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಸರ್ವಾಂಗೀಣ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ

ಅಪಘಾತ ಅಥವಾ ತುರ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಉಚಿತ ಆಂಬ್ಯುಲೆನ್ಸ್ ಸೇವೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ

ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ

ಉಚಿತ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ 108

"ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಆರೋಗ್ಯ, ಎಲ್ಲೆಡೆಯೂ ಆರೋಗ್ಯ"

ಖಾಸಗಿ ಸಹಭಾಗಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಆರೋಗ್ಯ ಕವಚ (EMRI) ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಸೇವೆಯು ತುರ್ತು ಅಪಘಾತಗಳು, ಹೆರಿಗೆ, ಹಾವು ಕಡಿತ ಮತ್ತಿತರ ತುರ್ತು ಸೇವೆಗಳಿಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ಸಂಖ್ಯೆ "108" ಕ್ಕೆ ಕರೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಯಾವುದೇ ಕೋಡ್ ನಂಬರ್ ಬಳಸಬೇಕಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

* ಗ್ರಾಮೀಣ ಮತ್ತು ನಗರ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿ ಅಕಾಲಿಕ ಸಾವು ತಡೆಯುವುದೇ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಗುರಿ.

Printed at : Vijayavani Printers Chowdepalle, Chittoor(Dist), A.P