

प्रयोगशाला परीक्षण

Date (DD/MM/YY)	Hb	Albumin	Urine		Blood Sugar	HBsAg	VDRL	Retro- virus	Other
			Protien	Sugar					

स्वास्थ्य संबन्धी मुख्य मुख्य समस्या

सुत्केरी सेवा

आमालाई भिटाभिन ए दिएको मिति			आमालाई आईरन चक्कि दिएको संख्या
गते	महिना	साल	

सुत्केरी जाँचको (PNC) विवरण

जाँच पटक	मिति			आमाको अवस्था	बच्चाको अवस्था	उपचार/ सल्लाह	गर्भनिरोध साधन प्रयोग	सेवा प्रदायकको नाम थर र सही
	ग	म	सा					
सुत्केरी भएको २४ घण्टामा	गते	महिना	साल					
सुत्केरी भएको तेस्रो दिन	घरमा	गते	महिना	साल				
	संस्था	गते	महिना	साल				
सुत्केरी भएको ७-१४ दिन	घरमा	गते	महिना	साल				
	संस्था	गते	महिना	साल				
सुत्केरी भएको ४२ औं दिन	गते	महिना	साल					
थप जाँच	गते	महिना	साल	आमा तथा बच्चाको अवस्था /उपचार सल्लाह पनि साधन प्रयोग				



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

मातृ तथा नवशिशु स्वास्थ्य कार्ड

स्वास्थ्य संस्थाको नाम	जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.
मुल दर्ता नं.	सेवा दर्ता नं.	ORC दर्ता नं.	दर्ता मिति
			गते महिना साल
गर्भवती महिलाको व्यक्तिगत विवरण			
नाम, थर	उमेर	उचाई (से.मि.)	
जिल्ला	नगर/गाउँपालिका	वडा नं.	
गाउँ टोल	सम्पर्क नं.	रक्त समुह	
गर्भको पटक (हालको समेत)	पतिको नाम, थर		

अघिल्ला गर्भहरूको विवरण

अघिल्ला गर्भहरूको क्रम	गर्भको विवरण					जिवित बच्चाको		गर्भको जटिलता	प्रसुतीको किसिम
	जिवित	मृत जन्म	अवधि नपुगेको (<३७ हप्ता)	जुम्ल्याहा	गर्भपतन	लिङ्ग	हालको उमेर		
पहिलो									
दोस्रो									
तेस्रो									
अघिल्ला गर्भमा टि.डी खोप लगाएको विवरण				टि.डी. १	१	टि.डी. २	२	टि.डी. २+	३

कार्ड तयार गर्ने स्वास्थ्यकर्मीको

नाम र थर	पद	दस्तखत	मिति
स्वास्थ्य संस्थाको सम्पर्क नं.	एम्बुलेन्स सेवा सम्पर्क (फोन नं.)		

आखिरी रजस्वला भएको मिति (गते महिना साल) (LMP)	गते	महिना	साल	टी डी खोप दर्ता नं	टी डी पहिलो			टी डी दोस्रो			टी डी दोस्रो +			जुकाको औषधि पाएको		
प्रसवको अनुमानित मिति (गते महिना साल) (EDD)	गते	महिना	साल		गते	महिना	साल	गते	महिना	साल	गते	महिना	साल	गते	महिना	साल

गर्भवती परीक्षण विवरण

गर्भवती जाँच				तौल (कि.ग्रा.)	रक्तअल्पता		सुन्निएको		रक्तचाप	गर्भको अवधी (हप्ता)	पाठेघरको उचाई (से.मी.)	शिशुको		गर्भवस्थाका जटिलता	उपचार/सल्लाह/अर्को पटक आउने मिति	आईरन चकिक संख्या	क्याल्सियम (चक्की)	परीक्षण गर्नेको नाम,सही	परीक्षण गरेको संस्था
पटक	मिति				भएको	नभएको	हात	मुख				प्रिजेन्टेसन	हृदय गती						
१	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
२	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
३	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
४	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
५	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
६	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
७	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
८	गते	महिना	साल		१	२	१	२											
९	गते	महिना	साल		१	२	१	२											

प्रसूति सम्बन्धी विवरण

भर्ना भएको	गते	महिना	साल	AM	PM	प्रसूति भएको	गते	महिना	साल	AM	PM	डिस्चार्ज मिति	गते	महिना	साल	AM	PM		
प्रसव ब्यथाको अवस्था	Presentation					प्रसूति भएको स्थान			प्रसूतिको किसिम	Spontaneous	1	प्रसव अवस्थाका जटिलता	Obstructed labor	1	उपचार/ सल्लाह				
Spontaneous	1	Cephalic	1	घरमा	1	संस्थाको नाम	Vacuum	2		Prolonged labour	2								
Augmentation	2	Shoulder	2	संस्थामा	2		Forceps	3		Ruptured uterus	3								
Induced labour	3	Breech	3	अन्य	3		Cesarean section	4		अन्य (खुलाउने)									
प्रसूतिको परिणाम							नवशिशुको अवस्था												
मृत जन्म (संख्या)	जिवित जन्म संख्या र जन्म										गर्भवति सुकेरी प्रोत्साहन रकम वितरण रू	प्रसूति गराउने स्वास्थ्य कर्मीको	सही		नाम थर				
Fresh	Macerated	अवधि नपुगेको (≤ 37 हप्ता)	अवधि पुगेको (≥ 37 हप्ता)	शिशु छोरी	संख्या	जन्म तौल (ग्राम)	Infection	Asphyxia	Hypothermia	Jaundice			Other	बिकलाङ्ग Major	Minor	Other	दक्ष प्रसूतिकर्मी (SBA)	1	संस्थाको नाम र छाप:
				छोरा													दक्ष स्वास्थ्यकर्मी (SHP)	2	
				छोरा											अन्य स्वास्थ्यकर्मी	4			