نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

رجسٹر خاندان

خاندان کے سربراہ کا نام بمعہ ولدیت: ملک رمضان ولد ملک بشیر خاندان نمبر: 26

مکمل پتہ: کنوئیں والی گلی، چک 35 گ۔ب

تاریخ اندراج	نام (بمعہ ولدیت/زوجیت)	سربراہ کے ساتھ رشتہ	تاریخ پیدائش	جنس (مرد/عورت/ لڑکا /لڑکی)	5 سال سے کم عمر بچے	10-19 سال کی لڑکیاں	15 سے 49 سال کی عورتیں	49 سال سے زائد عمر کی عورتیں	تاریخ وفات	تاریخ نقل مکانی	تبصرہ (وجہ وفات/وجہ نقل مکانی وغیرہ)

پینے کے پانی کا ذریعہ: _____ لیٹرین سسٹم: بمعہ سیپٹک ٹینک بغیر سیپٹک ٹینک

نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

رجسٹر خاندان

خاندان کے سربراہ کا نام بمعہ ولدیت: ملک رمضان ولد ملک بشیر خاندان نمبر: 26

مکمل پتہ: کنوئیں والی گلی، چک 35 گ۔ب

تاریخ اندراج	نام (بمعہ ولدیت/زوجیت)	سربراہ کے ساتھ رشتہ	تاریخ پیدائش	جنس (مرد/عورت/ لڑکا /لڑکی)	5 سال سے کم عمر بچے	10-19 سال کی لڑکیاں	15 سے 49 سال کی عورتیں	49 سال سے زائد عمر کی عورتیں	تاریخ وفات	تاریخ نقل مکانی	تبصرہ (وجہ وفات/وجہ نقل مکانی وغیرہ)
20-4-05	ملک رمضان ولد ملک بشیر	خود	25-9-65	مرد							
20-4-05	نصرت زوجہ ملک رمضان	بیوی	6-2-70	عورت							
20-4-05	برکت ولد ملک رمضان	بیٹا	7-7-99	لڑکا							
15-7-05	ارشد ولد ملک رمضان	بیٹا	5-7-08	لڑکا							

پینے کے پانی کا ذریعہ: _____ لیٹرین سسٹم: بمعہ سیپٹک ٹینک بغیر سیپٹک ٹینک

لیڈی ہیلتھ ورکر کا ماہانہ پروگرام

مہینہ/سال:_____

تاریخ	معمول کی ملاقات		اضافی ملاقات برائے خاص مقاصد/امور					
	خاندان نمبر	خاندان نمبر	9 ماہ کی حاملہ خاتون کے وزٹ	خاندان نمبر	نوزائیدہ کا وزٹ	خاندان نمبر	دیگر وزٹ	روزانہ پروگرام پر عمل ہوا (ہاں یا نہیں) اگر نہیں تو وجہ لکھیں
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								

اجتماعی امور (ہر خانہ میں متعلقہ تاریخ لکھیں)

ان امور کو روزانہ انجام دینا ضروری نہیں البتہ ہر مہینے کے دوران کتاب میں دی گئی ہدایات کے مطابق کرنا چاہیے۔

لیڈی ہیلتھ ورکر کا ماہانہ پروگرام

مہینہ/سال: _____

تاریخ	معمول کی ملاقات	اضافی ملاقات برائے خاص مقاصد/امور						
	خاندان نمبر	خاندان نمبر	9 ماہ کی حاملہ خاتون کے وزٹ	خاندان نمبر	نوزائیدہ کا وزٹ	خاندان نمبر	دیگر وزٹ	روزانہ پروگرام پر عمل ہوا (ہاں یا نہیں) اگر نہیں تو وجہ لکھیں
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

اجتماعی امور (ہر خانہ میں متعلقہ تاریخ لکھیں)

ان امور کو روزانہ انجام دینا ضروری نہیں البتہ ہر مہینے کے دوران کتاب میں دی گئی ہدایات کے مطابق کرنا چاہیے۔

ای۔پی۔آئی کا کام	صحت کی کمیٹی کی میٹنگ	عورتوں کے سپورٹ گروپ کی میٹنگ	سکول میں تعلیم صحت	دیگر امور	مرکز صحت میں جانے کا دن/ ہفتہ	سپروائزر کے آنے کا دن
4-5-2009	12-5-2009	16-5-2009	10-5-2009	27-28-29 (پولیو ڈے)	1-05-2009	16-5-2009

بچے EPI												
حاملہ خواتین TT												
فیملی پلاننگ کے نئے افراد												

عورتوں کے سپورٹ گروپ کی میٹنگ

تاریخ اور SG کا نمبر	میٹنگ کی جگہ اور موضوع	شریک خواتین کی تعداد نام اور تعارف	پچھلی میٹنگ میں کئے گئے فیصلوں کا فالو اپ	موجودہ میٹنگ کے فیصلے اور ذمہ داریاں	اگلی میٹنگ کی تاریخ، وقت، جگہ اور موضوع	تبصرہ
15-05-09 SG-1	بیگم ملک رمضان کے گھر	6		بچوں کے سکول میں اچھی خوراک کے بارے میں بات کریں گے۔ بیگم رمضان کے ساتھ جائیں گے	15-06-2009	
15-06-09 SG-1	ہیلتھ ہاؤس	6	سکول میں صحت کی تعلیم دی گئی۔ بیگم رمضان ساتھ نہ جاسکیں	صحت کمیٹی کے ذریعے نالیوں کی صفائی کروائی ہے۔ حاملہ خواتین سے حفاظتی ٹیکوں کے لیے رابطہ زبیدہ خاتون کریں گی۔ مسز خورشید خاندان 16 سے خاندانی منصوبہ بندی پر بات کریں گی		سکول کی میٹنگ کامیاب رہی

یاد رکھیں:

کمیٹی میں مختلف پیشوں کے افراد مثلاً ٹی۔ بی اے، استانی، لیڈی ہیلتھ وزیٹر وغیرہ بھی شامل ہونے چاہئیں۔

عورتوں کے سپورٹ کی میٹنگ

ممبروں کے نام اور تعارف:

سپورٹ گروپ 1 SG 1		سپورٹ گروپ 2 SG 2		سپورٹ گروپ 3 SG 3	
	1		1		1
	2		2		2
	3		3		3
	4		4		4
	5		5		5
	6		6		6
	7		7		7
	8		8		8
	9		9		9
	10		10		10
	11		11		11
	12		12		12
	13		13		13
	14		14		14
	15		15		15

حاملہ خواتین کی لسٹ

نمبر شمار	تاریخ رجسٹریشن حاملہ	حاملہ کا نام بمعہ زوجیت	خاندان نمبر	کوائف					TT کے ٹیکے					LMP دن/مہینہ/سال	LHW نے معائنے کے درمیان حمل میں پیچیدگی کی نشاندہی کی اور ریفر کیا ( )	ہنرمند افراد سے معائنہ (ANC) (دن/مہینہ/سال)				زچگی کی متوقع تاریخ دن/مہینہ/سال	زچگی کے لئے کہاں ریفر کیا /BHU/ RHC / THQ/ DHQ) (CMW	زچگی کہاں ہوئی /BHU/ RHC / THQ/ DHQ) W گھر/دیگر)	ڈاکٹر/نرس/CMW/LHV/غیر ہنرمند زچگی کس نے کی	صرف اور صرف ماں کا دودھ پلانے اور پیدائش کے فوراً بعد ماں کا دودھ شروع کرنے کی مشاورت دی گئی ( )	زندہ پیدائش/ حمل کا ضائع ہونا/مردہ حمل کا نتیجہ	تاریخ پیدائش (دن/مہینہ /سال)	تبصرہ/خاص اقدام
																پہلا	دوسرا	تیسرا	چوتھا								
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											

تین سال سے کم عمر بچوں کی لسٹ

کوائف				صحت کی ضروریات							
نمبر شمار	بچے کا نام	خاندان نمبر	تاریخ پیدائش (دن/مہینہ/سال)	نشوونما کی جانچ کا کارڈ بنایا گیا ہے (✓x)	حفاظتی ٹیکے لگانے کا ریکارڈ						تبصرہ
					Bcg پولیو(0)	پینٹا ویلنٹ پولیو(I)	پینٹا ویلنٹ پولیو(II)	پینٹا ویلنٹ پولیو(III)	خسرہ (I)	خسرہ (II)	
	عارف حسین	2	14-1-05		15-1-05	15-1-05	30-2-05	31-3-05	26-10-05		
	احمد	12	2-2-06		6-2-06						
	محمد جاوید	20	25-1-06		26-1-06						
	محمد ناصر	35	18-3-06		20-3-06						

نمونہ

رجسٹر علاج معالجہ

تاریخ	نام (بمعہ ولدیت / زوجیت	خاندان نمبر	عمر (سال) ایک سال سے کم عمر بچے مہینوں میں لکھیں	جنس (مرد / عورت / لڑکا / لڑکی)	اسہال	کھانسی اور سانس کی بیماریاں	بخار	خون کی کمی	ریفر	آنکھوں کی بیماری			غذائی کمی کا شکار بچے			ممکنہ ٹی بی کی تشخیص کے لیے ریفر	تشخیص شدہ مریض ٹی بی برائے فالواپ	معاونت دوران علاج ٹی بی	خاندانی منصوبہ بندی کی اشیاء کی فراہمی (تعداد)	تبصرہ / دیگر بیماری وغیرہ (مریض کو دی جانے والی ادویات، گولیاں یا کنڈوم وغیرہ کی تعداد یہاں پر درج کی جائے گی۔)
										بیماری	دوائی دی	ریفر کیا	MUAC 11.5 cm سے کم	MUAC 11.5 cm سے 12.5cm	ریفر کیا					
					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								

ریفرل سلپ

نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

ریفرل سلپ نمبر: _____

مریض کا نام: _____ عمر: ____ خاندان نمبر: ____ مریض کا رابطہ نمبر: _____

گھر کا پتہ: _____

بچوں کی تعداد: ____ گزشتہ زچگی/ ابارشن کے بعد کا دورانیہ: _____

مرکز صحت جہاں ریفر کیا: بنیادی مرکز صحت: رورل ہیلتھ سنٹر: فیملی ویلفیئر سنٹر: فیملی ہیلتھ کلینک:

نام و پتہ مرکز صحت: _____

نام لیڈی ہیلتھ ورکر: _____ دستخط لیڈی ہیلتھ ورکر: _____ تاریخ: _____

ریفرل سلپ نمبر: _____

مریض کا نام: _____ عمر: ____ خاندان نمبر: ____ مریض کا رابطہ نمبر: _____

گھر کا پتہ: _____

بچوں کی تعداد: ____ گزشتہ زچگی/ ابارشن کے بعد کا دورانیہ: _____

مرکز صحت جہاں ریفر کیا: بنیادی مرکز صحت: رورل ہیلتھ سنٹر: فیملی ویلفیئر سنٹر: فیملی ہیلتھ کلینک:

منصوبہ سازی کا طریقہ (جس کا مشورہ دیا گیا): کنڈوم: گولی: انجکشن: IUCD امپلانٹ: سرجری

نام و پتہ مرکز صحت: _____

نام و دستخط LHW: _____ نام و دستخط LHS: _____ تاریخ: _____

ریفرل سلپ نمبر: _____

مریض کا نام: _____ عمر: ____ خاندان نمبر: ____ مریض کا رابطہ نمبر: _____

گھر کا پتہ: _____

بچوں کی تعداد: ____ گزشتہ زچگی/ ابارشن کے بعد کا دورانیہ: _____

مرکز صحت جہاں ریفر کیا: بنیادی مرکز صحت: رورل ہیلتھ سنٹر: فیملی ویلفیئر سنٹر: فیملی ہیلتھ کلینک:

منصوبہ سازی کی سروس جو فراہم کی گئی: کنڈوم: گولی: انجکشن: IUCD امپلانٹ: سرجری: کوئی بھی نہیں

نام و پتہ مرکز صحت: _____

نام و دستخط LHW: _____ نام و دستخط LHV: _____ تاریخ: _____

کمیونٹی چارٹ

1۔فہرست بنیادی معلومات	جنوری	فروری	مارچ	اپریل	مئی	جون	جولائی	اگست	ستمبر	اکتوبر	نومبر	دسمبر	کل تعداد	جنوری	فروری	مارچ	اپریل	مئی	جون	جولائی	اگست	ستمبر	اکتوبر	نومبر	دسمبر
i۔خاندان کی کل تعداد																									
2۔آبادی کی معلومات																									
i۔کل رجسٹرڈ آبادی																									
ii۔کل زندہ پیدائش																									
iii۔تعداد افراد جن کا اس مہینے خاندان رجسٹر میں اندراج ہوا (بشمول زندہ پیدائش)																									
iv۔تعداد افراد جو اس ماہ مستقل نقل مکانی کر گئے																									
v۔کل اموات بشمول پانچ سال سے کم عمر اموات زچہ																									
vi۔ بچے جو مردہ پیدا ہوئے (حمل کی مدت ۷ ماہ سے زیادہ)																									
vii۔ بچے جو پیدائش کے ایک ہفتہ کے اندر وفات پا گئے																									
viii۔تعداد اموات (عمر ایک ہفتے سے زیادہ اور ایک سال سے کم)																									
ix۔تعداد اموات (ایک سال سے زیادہ اور پانچ سال سے کم)																									
x۔تعداد اموات زچہ																									
3۔ بچے کی صحت																									
i۔تعداد نوزائیدہ جنہیں ایک گھنٹہ کے اندر ماں کا دودھ شروع کروایا گیا																									
ii۔تعداد نوزائیدہ جن کے حفاظتی ٹیکے شروع کیے گئے																									
iii۔۶ ماہ سے کم عمر بچوں کی تعداد																									
iv۔تعداد ۶ ماہ سے کم عمر بچے جو صرف اور صرف ماں کا دودھ پی رہے ہیں																									
v۔ ۱۲ سے ۲۳ ماہ کی عمر کے بچوں کی تعداد																									
vi۔تعداد ۱۲ سے ۲۳ ماہ کے بچے جن کے حفاظتی ٹیکے مکمل ہو گئے																									
4۔ماں کی صحت																									
i۔کل رجسٹرڈ حاملہ خواتین کی تعداد (نئی+گزشتہ ماہ کی کل حاملہ خواتین)																									
ii۔زچہ جن کے ۴ یا ۴ سے زائد وزٹ ہنرمند فرد (ڈاکٹر، نرس، مڈوائف، CMW، لیڈی ہیلتھ وزیٹر)																									
iii۔تعداد زچہ جن کے تشنج سے بچاؤ کے حفاظتی ٹیکے زچگی سے قبل مکمل تھے																									
iv۔تعداد زچگیاں جو ہنرمند افراد سے کوئی کروائی گئیں (ڈاکٹر، نرس، مڈوائف، CMW، لیڈی ہیلتھ وزیٹر)																									
v ۔تعداد زچہ جن کو ڈلیوری کے لیے مرکز صحت پر ریفر کیا																									
vi۔تعداد زچہ جن کی ڈلیوری کسی بھی سرکاری ہسپتال/کلینک پر ہوئی																									
vii۔تعداد زچہ جن کی ڈلیوری CMW ہوم پر ہوئی																									
5۔خاندانی منصوبہ بندی																									

i۔تعداد اہل جوڑے (بیوی کی عمر 15-49 سال)																									
ii۔جدید طریقہ استعمال کرنے والوں کی کل تعداد																									
iii۔تعداد خواتین جنہوں نے اس ماہ چھلے کا استعمال شروع کیا																									
iv۔تعداد افراد جنہوں نے اس ماہ سرجری کروائی																									
v۔LHW اسکور																									
vi۔تعداد خاندان جو فلش سسٹم بمعہ سیورج یا پلاسٹک ٹینک استعمال کر رہے ہیں۔																									

وزیٹر ریمارکس

یہ صفحہ ہیلتھ ہاؤس وزٹ کرنے والے تمام آفیسرز کے لیے ہے۔ محکمہ صحت کے صوبائی، ضلعی آفیسر، ڈسٹرکٹ کوآرڈینیٹر، فیلڈ پروگرام آفیسر، اسسٹنٹ ڈسٹرکٹ کوآرڈینیٹر، وغیرہ جب بھی ہیلتھ ہاؤس کا دورہ کریں گے اس صفحہ کو بھریں گے (لیڈی ہیلتھ سپروائزر نے اس میں اندراج نہیں کرنا)

وزٹ کرنے والے آفیسر کا نام اور عہدہ	ہیلتھ ورکر کے کام پر تبصرہ	دستخط اور وزٹ کی تاریخ

لیڈی ہیلتھ سپروائزر کی وزٹ رپورٹ

نوٹ: لیڈی ہیلتھ سپروائزر نے LHW کو ساتھ لے کر کمیونٹی کا وزٹ کرنا ہے اور اس کی ڈائری کے مطابق اس کے کام کی تصدیق کرنی ہے تا کہ بوگس کام کا اندراج کرنے پر LHW کے خلاف تادیبی کارروائی کی جا سکے۔

تاریخ اور مہینہ	خاندان نمبر	زچہ جس کی اس ماہ/پچھلے ماہ میں ڈلیوری ہوئی								فیملی پلاننگ استعمال کرنے والے جوڑے کے گھر کا وزٹ			حاملہ کا وزٹ			
		درج شدہ ڈلیوری کی جگہ	تصدیق شدہ	درج شدہ ڈلیوری کس نے کی	تصدیق شدہ	درج شدہ زیرو پولیو BCG	تصدیق شدہ	نوزائیدہ کا وزن ہوا	تصدیق شدہ	خاندان نمبر	رپورٹ کے مطابق ٹیکہ، گولی، کنڈوم استعمال کر رہے ہیں	تصدیق شدہ	رپورٹ کے مطابق TT کا ٹیکہ	تصدیق شدہ	رپورٹ کے مطابق طبی معائنہ کسی ماہر زچگی سے	تصدیق شدہ

LHWs Monthly Score Chart

201_____

Visits	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd	1st	2nd
100%																								
90%																								
80%																								
70%																								
60%																								
50%																								
40%																								
30%																								
20%																								
10%																								
% Months	January		February		March		April		May		June		July		August		September		October		November		December	

نمونہ

صحت کمیٹی کے اجلاس کی رپورٹ

ممبروں کے نام اور پیشہ:

1۔جناب قادر خان۔ممبر اصلاحی کمیٹی
2۔جناب مہر علی۔دوکاندار+ نائب ناظم
3۔جناب سلیم اللہ خان۔کسان
4۔مولوی تمیز الدین۔استاد
5۔مولوی فقیر احمد۔امام مسجد
6۔زبیدہ خاتون۔ممبر خواتین کمیٹی

تاریخ	میٹنگ کی جگہ	شرکاء کی تعداد	پچھلی میٹنگ میں کئے گئے فیصلوں کا فالواپ	موجودہ میٹنگ کے فیصلے اور ذمہ داریاں	اگلی میٹنگ کی تاریخ	تبصرہ
12-6-2006	لیڈی ہیلتھ ورکر کا گھر	6		1۔حفاظتی ٹیکوں کے پروگرام پر بہتر عمل 2۔مہر علی صاحب نالیوں میں چونا ڈلوائیں گے 3۔زبیدہ خاتون حاملہ عورتوں کو حفاظتی ٹیکوں کے لیے قائل کریں گی	20-7-2006	
20-7-2006	قادر خان صاحب کے گھر	6	1۔ویکسنیٹر نے پروگرام پر عمل نہیں کیا 2۔نالیوں میں چونا ڈالا گیا 3۔زبیدہ خاتون کی مدد سے 4 حاملہ خواتین کو مرکز صحت سے ٹیکے لگوائے جائیں	1۔صحت کمیٹی کے ارکان مرکز صحت کے ڈاکٹر سے ویکسنیٹر کے کام کے بارے میں ملاقات کریں گے 2۔مولوی فقیر احمد پولیوڈے کے لیے باقاعدہ مسجد سے روزانہ اعلان کریں گے 3۔سکول میں صفائی کا دن منایا جائے گا	20-8-2006	نالیوں کی صفائی پر گاؤں کے لوگ بہت خوش ہیں

نوٹ: کمیٹی میں مختلف پیشوں کے افراد شامل ہونے چاہئیں۔

ریفرل سلپ برائے فسٹیولا

نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

یہ حصہ LHW اپنے ریکارڈ میں رکھے گی۔

ریفرل سلپ برائے فسٹیولا

مریض کا نام: _____ سالانہ نمبر: _____

خاوند/ باپ کا نام: _____ خاندان نمبر: _____

عمر: _____ موبائل نمبر: _____

مریض کا پتہ: _____

مرض کی نوعیت: RVF VVF

ریفر کرنے کی تاریخ: _____

اس حصے کو LHW اپنے اگلے وزٹ میں پُر کرے گی۔

معائنہ کی تاریخ (LHW پُر کرے): _____

آپریشن کی تاریخ (LHW پُر کرے): _____

تبصرہ: _____

(آیا آپریشن ہوا یا نہیں اور مریض کے علاج سے متعلق تاثرات)

LHW کے دستخط: _____ تاریخ: _____

نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

یہ حصہ LHS اپنے ریکارڈ میں رکھے گی۔

ریفرل سلپ برائے فسٹیولا

مریض کا نام: _____ سالانہ نمبر: _____

خاوند/ باپ کا نام: _____ خاندان نمبر: _____

عمر: _____ موبائل نمبر: _____

مریض کا پتہ: _____

مرض کی نوعیت: RVF VVF

ریفر کرنے کی تاریخ: _____، LHW کے دستخط: _____

اس حصے کو LHW اپنے اگلے وزٹ میں پُر کرے گی۔

معائنہ کی تاریخ (LHW پُر کرے): _____

آپریشن کی تاریخ (LHW پُر کرے): _____

تبصرہ: _____

(آیا آپریشن ہوا یا نہیں اور مریض کے علاج سے متعلق تاثرات)

LHW کے دستخط: _____ تاریخ: _____

نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

یہ حصہ مریض اپنے پاس محفوظ رکھے۔

ریفرل سلپ برائے فسٹیولا

مریض کا نام: _____ سالانہ نمبر: _____

خاوند/ باپ کا نام: _____ خاندان نمبر: _____

عمر: _____ موبائل نمبر: _____

مریض کا پتہ: _____

مرض کی نوعیت: RVF VVF

ریفر کرنے کی تاریخ: _____، LHW کے دستخط: _____

اس حصے کو LHW اپنے اگلے وزٹ میں پُر کرے گی۔

معائنہ کی تاریخ (LHW پُر کرے): _____

آپریشن کی تاریخ (LHW پُر کرے): _____

تبصرہ: _____

(آیا آپریشن ہوا یا نہیں اور مریض کے علاج سے متعلق تاثرات)

LHW کے دستخط: _____ تاریخ: _____

ہدایات

لیڈی ہیلتھ ورکر جب کسی فسٹیولا کے مریض کو ریفر کرے گی تو اس لیے وہ یہ تین سلپ بھرے گی۔

Followup وزٹ کے دوران لیڈی ہیلتھ ورکر اپنی LHS کو اس مریض کا فالواپ وزٹ کروائے گی۔

معائنہ اور آپریشن کی تاریخ LHW اپنے اگلے وزٹ میں پُر کرے گی۔

ہدایات

LHW ریفرل سلپ کا یہ حصہ ماہانہ میٹنگ میں اپنی LHS کو جمع کرائے۔

LHS اس ریفرل سلپ کے نچلے حصے کو اپنے Followup وزٹ میں پُر کرے۔

LHS مہینے کے آخر میں تمام کوائف LHS رپورٹ برائے فسٹیولا میں درج کرے اور DPIU کو جمع کرائے۔

ریفرل سلپ کو آپریشن ہونے تک اپنے پاس حفاظت سے رکھے۔

ہدایات

LHW مریضہ کو یہ ریفرل سلپ بھر کر دے اور اس بات پر زور دے کہ:

مریضہ جلد از جلد ڈاکٹر سے معائنہ کرائے۔

ریفرل سلپ ڈاکٹر کو دے تاکہ بقیہ خانوں میں معلومات کا اندراج ہو سکے۔

ریفرل سلپ کو آپریشن ہونے تک اپنے پاس حفاظت سے رکھے۔

نیشنل پروگرام برائے خاندانی منصوبہ بندی و بنیادی صحت

لیڈی ہیلتھ سپروائزر رپورٹ برائے فسٹیولا

لیڈی ہیلتھ سپروائزر کا نام: _____ مرکز صحت کا نام: _____ موبائل نمبر: _____ ضلع: _____ ماہ: _____

نمبر شمار	لیڈی ہیلتھ ورکر کا نام	مریض کا نام بمعہ ولدیت/زوجیت	عمر	موبائل نمبر	خاندان نمبر	مرض کی نوعیت VVF/RVF	ریفر کرنے کی تاریخ	فالواپ وزٹ			
								سالانہ نمبر	معائنہ کی تاریخ	آپریشن کی تاریخ	مریض کا فیڈ بیک
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

نوٹ: LHS ہر ایک مرکز کے لیے علیحدہ علیحدہ ماہانہ رپورٹ تیار کرے اور مرتب شدہ رپورٹ اپنی ماہانہ میٹنگ کے دوران DPIU میں جمع کروائے۔ ریفرل شدہ کل مریضوں کی تعداد: _____

LHS اپنے معمول کے فیلڈ وزٹس کے دوران فسٹیولا کے ریفر شدہ مریضوں کا Followup وزٹ کرے گی اور دوران قواعد تصدیق کرے گی اور ڈاکٹر کے پُر شدہ حصے سے معلومات نوٹ کرے گی۔ دستخط (LHS): _____

دودھ پلانے والی مائیں

	کوائف				ہنرمندافراد سے معائنہ (تاریخ)				CHX فراہم کی گئی (✓)	جنوری			فروری			مارچ			اپریل			مئی			جون			جولائی			اگست			ستمبر			اکتوبر			نومبر			دسمبر		
نمبر شمار	تاریخ زچگی	نام	خاندان نمبر	پہلا	دوسرا	تیسرا	چوتھا			مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر	مواک	فولادی گولیاں	ریفر
1																																													
2																																													
3																																													
4																																													
5																																													
6																																													
7																																													
8																																													
9																																													
10																																													
11																																													
12																																													
13																																													
14																																													
15																																													
16																																													
17																																													
18																																													
19																																													
20																																													
21																																													
22																																													
23																																													
24																																													
25																																													

پانچ سال سے کم عمر بچوں کی لسٹ

	کوائف					صحت کی ضروریات																		ماں کا دودھ										
نمبر شمار	بچے کا نام/ بمعہ ولدیت	بچے کا کارڈ نمبر	خاندان نمبر	تاریخ پیدائش (دن/مہینہ/سال)	Bcg + opv 0	حفاظتی ٹیکے لگانے کا ریکارڈ														کیا بچے کو پیدائش کے فوراً بعد ماں کا دودھ شروع کروایا گیا	6ماہ سے کم عمر بچہ جو صرف اور صرف ماں کا دودھ پی رہا ہے/ رہی ہے (x) (✓)						کیا 6ماہ سے بڑا اور 24ماہ کا بچہ ماں کا دودھ لے رہا ہے	6ماہ سے بڑا اور 24ماہ کا بچہ ماں کے دودھ کے ساتھ اضافی خوراک لے رہا ہے	تبصرہ
						Penta 1 PCV 10 OPV 1		Penta 2 PCV 10 OPV 2		Penta 3 PCV 10 OPV 3		خسرہ(I)		خسرہ (II)							1 ماہ	2 ماہ	3 ماہ	4 ماہ	5 ماہ	6 ماہ			
						خودلگایا	ریفر کیا	خودلگایا	ریفر کیا	خودلگایا	ریفر کیا	خودلگایا	ریفر کیا	خودلگایا	ریفر کیا														

5 سال سے کم عمر کے بچے جن کی غذائی قلت جانچنے کے لیے وزن کیا گیا اور بازو کی پیمائش کی گئی (مواک)

نشوونما کی جانچ کا کارڈ بنایا گیا (✓) (x)	جنوری			فروری			مارچ			اپریل			مئی			جون			جولائی			اگست			ستمبر			اکتوبر			نومبر			دسمبر			تبصرہ
	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	عمر (ماہ)	وزن کلوگرام	مواک (cm)	