



# वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा

मिडवाइफरी प्रेक्टिकल (केस डायरी)

---

COA-IV प्रसूति विज्ञान (प्रयोगिक खण्ड) प्रयोगिक कार्य  
पुस्तिका (केस बुक)

---

प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रमाण-पत्र कार्यक्रम

प्रयोगिक कार्य पुस्तिका - केस बुक  
(Practical Record Book-Case Book)

प्रशिक्षणार्थी का नाम : .....

अनुक्रमांक नं. : .....

विषय : .....

पाठ्यक्रम अवधि : .....

क्षेत्रीय अध्ययन केन्द्र का नाम : .....

जमा करने की तिथि : .....



**प्रयोगिक कार्य का सारांश**  
(Summary of Practical work)

प्रशिक्षणार्थी का नाम .....

विश्वविद्यालय नामांकन संख्या .....

चिकित्सा / स्वास्थ्य केन्द्र का नाम .....

(विश्वविद्यालय अथवा क्षेत्रीय केन्द्र द्वारा स्वीकृत)

प्रसव पूर्व देखभालों की संख्या (No. of ANC's) .....

योनि जांच संख्या (No. of Vaginal Examination) .....

प्रशिक्षणार्थी द्वारा देखे गये प्रसवों की संख्या .....

(No. of Deliveries Witnessed or Observed)

प्रशिक्षणार्थी द्वारा कराये गये प्रसवों की संख्या .....

(No. of Deliveries Conducted)

प्रसवोत्तर देखभालों की संख्या (No. of PNC's) .....

हस्ताक्षर  
नर्स  
(नाम .....

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर  
(नाम.....)

हस्ताक्षर  
(नाम .....

प्रशिक्षणार्थी  
(प्रसूति विज्ञान सहायिका कार्यक्रम)

---

नर्सिंग कर्मी (ए.एन.एम./एल.एच.वी./फीमेल नर्स-स्टाफ/सिस्टर) द्वारा विभिन्न फार्मेटों पर नर्स के स्थान पर हस्ताक्षर करेंगी।

## प्रयोगिक पुस्तिका के उपयोग संबंधी निर्देश

इस प्रयोगिक कार्य पुस्तिका का उद्देश्य प्रसूति विज्ञान सहायिका के प्रमाण-पत्र कार्यक्रम के प्रशिक्षणार्थियों द्वारा प्रयोगिक सत्र के दौरान सीखे एवं किए गये विभिन्न कार्यकलापों को रिकॉर्ड करना है। यह पुस्तिका प्रयोगिक प्रशिक्षण के दौरान पाठ्यक्रम पर्यवेक्षक /प्रभारी को प्रयोगिक कार्य अनुभव के बारे में आवश्यक जानकारी उपलब्ध करती है तथा प्रशिक्षणार्थी के प्रयोगिक कार्य मूल्यांकन हेतु महत्वपूर्ण है।

इस पुस्तिका को निम्न प्रकार 5 भागों में विस्तृत किया गया है :

1. COA-IV-Practical (Part-1) : प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (ANC Record)
  2. COA-IV-Practical(Part-2) : योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)
  3. COA-IV-Practical(Part-3) : देखे गये प्रसवों का अभिलेख (Observed or Witnessed Deliveries Record)
  4. COA-IV-Practical (Part-4) : कराये गये प्रसवों का उल्लेख (Conducted Deliveries Record)
  5. COA-IV-Practical (Part-5) : प्रसवोत्तर देखभाल रिकॉर्ड (PNC Record)
- प्रशिक्षणार्थी को प्रयोगिक अनुभव में 10 प्रसवपूर्व देखभाल (ANC) 10 योनि जांच (Vaginal Examination) 15 प्रसवों को देखना तथा उनमें सहायता करना एवं 10 सामान्य प्रसवों को स्वयं (सुपरविजन के अंतर्गत) सम्पन्न करना है। इसी प्रकार 10 महिलाओं की प्रसवोत्तर देखभाल (PNC) भी करनी है। इस केस-बुक में प्रशिक्षणार्थियों की सुविधा के लिए निर्धारित संख्या से अधिक फॉर्मेट दिये गए हैं।
  - केस-बुक के विभिन्न फॉर्मेट में नर्स पर विश्वविद्यालय अथवा क्षेत्रीय केंद्र द्वारा अभिस्वीकृत चिकित्सालय /स्वास्थ्य केंद्र में कार्यरत नर्सिंग कर्मी (ए. एन. एम./एल. एच. बी./फीमेल नर्स) हस्ताक्षर करेंगी जबकि सुपरवाइजर के स्थान पर महिला चिकित्सा (प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ) / प्रभारी अधिकारी / विभागाध्यक्ष (प्रसूति विभाग) / अधीक्षक हस्ताक्षर करेंगे।

### उपयोग के अन्य नियम :

1. प्रशिक्षणार्थी को पाठ्यक्रम के अनुसार प्रयोगिक पुस्तिका भरना अनिवार्य है।
2. प्रयोगिक कार्यों से पूर्व उनका सैद्धांतिक पक्ष सीखना वांछनीय है।
3. समस्त प्रयोगिक कार्य विश्वविद्यालय अथवा क्षेत्रीय केन्द्रों द्वारा अभिस्वीकृत चिकित्सालयों ही सम्पन्न होना आवश्यक है तथा प्रयोगिक अनुभव के दौरान किए गए कार्य को अनुमोदित में कार्यरत ए.एन.एम. या एल.एच.वी. अथवा स्टाफ नर्स तथा प्रसूति एवं स्त्री रोग विशेषज्ञ (चिकित्सक) द्वारा सत्यापित करवाना आवश्यक है।
4. गलत अथवा त्रुटिपूर्ण रिकॉर्ड के आधार पर प्रशिक्षणार्थी को अनुत्तीर्ण घोषित कर दिया जाएगा।
5. इस प्रयोगिक पुस्तिका को विश्वविद्यालय के निर्देशों के अनुरूप संबन्धित क्षेत्रीय केंद्र पर जमा कराने के पश्चात ही प्रसूति सहायिका का परीक्षा परिणाम घोषित किया जावेगा।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत्त)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत्त)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति :..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें) ..... अन्य.....

#### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवा)

Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरियम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किया | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उंचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|----------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत्त)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत्त)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....



#### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवा)

Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उंचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जांच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जांच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जांच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत्त)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत्त)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति ..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

#### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवा)

Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किया | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|----------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत्त)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत्त)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी).....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....शौच क्रिया  
(नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

#### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत्त)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसव)

Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किया | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|----------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किया | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|----------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |          |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe



| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe



| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

#### V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination)

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## प्रसव पूर्व देखभाल अभिलेख (रिकॉर्ड) (Ante Natal Care Record)

गर्भवती का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
पिछली माहवारी (LMP) दिनांक.....सम्भावित प्रसव दिनांक (DED) .....  
मुख्य शिकायत. ....

### I. चिकित्सकीय विवरण (इतिवृत)

रक्ताल्पता (एनीमिआ) ..... हृदय सम्बन्धित रोग .....  
श्वसन सम्बन्धित रोग ..... मधुमेह (डायबीटिज) .....  
प्रजनन तंत्र संक्रमण एवं यौन संचारित रोग /एड्स.....अन्य .....  
औषध संवेदनशीलता (Drug Sensitivity) यदि कोई हो.....

### II. व्यक्तिगत विवरण (इतिवृत)

आहार (शाकाहारी/मांसाहारी) .....  
आहार की मात्रा/कैलोरी (संतोषप्रद / संशोधन की अस्वस्थता / असंतोषप्रद) .....  
शौच क्रिया (नियमित / कब्ज / अतिसार).....  
मूत्र त्याग (सामान्य / कम मात्रा / कठिनाई) ..... नशा / अन्य आदत .....  
टीकाकरण (टी.टी.) की स्थिति:..... प्रथम (दिनांक) ..... द्वितीय (दिनांक) .....  
आयरन फोलिकएसिड गोलियों (आइ.एफ.ए.) की स्थिति: .....

### III. सामान्य शारीरिक जांच:

शारीरिक स्थिति .....शारीरिक तापमान.....<sup>0</sup>C  
[(सामान्य, असामान्य असामान्यता नोट करें)]  
नाड़ी ...../मिनट श्वसन..... / मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.) .....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
उपस्थित/अनुपस्थित (पैरों अथवा चेहरे पर)  
वजन किग्रा ..... ऊँचाई (सेमी.).....  
त्वचा का रंग (पीलापन)..... स्तनों (ब्रेस्ट) की स्थिति.....  
निप्पलों की स्थिति (रंग / आकृति / स्त्राव आदि नोट करें)..... अन्य.....

### IV. प्रसूति विवरण (इतिवृत)

गर्भधारण संख्या (गर्भपात सहित)..... प्रसूता.....(प्रथम / बहु प्रसवो)  
Primi/ Multe

| क्र. | प्रसव प्रकार                  |         |                          |                                | नवजात |     |      | नवजात शिशु का वजन | सूतिकावस्था परप्यूरीयम की स्थिति |
|------|-------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----|------|-------------------|----------------------------------|
|      | प्रसव का स्थल (घर/चिकित्सालय) | सामान्य | जटिल प्रसव औजारों द्वारा | ऑपरेशन द्वारा (सिजेरियन प्रसव) | जीवित | मृत | लिंग |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |
|      |                               |         |                          |                                |       |     |      |                   |                                  |

कुल जीवित बच्चों की संख्या :..... लड़के ..... लड़कियां.....

|  |
|--|
| V. प्रसव पूर्व जांच (Ante natal Examination) |
|--|

| दिनांक | वजन किग्रा | रक्त चाप | + पेशाब जांच एल्ब्यूमिन एवं शुगर | ++ रक्त जांच | सूजन (ईडीमा) | गर्भाशय उँचाई सप्ताह में | गर्भस्थ शिशु की स्थिति | गर्भस्थ शिशु हृदय धड़कन | प्रसूति करण | ++ विशेष विवरण (संभावित खतरे) |
|--------|------------|----------|----------------------------------|--------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------|
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |
|        |            |          |                                  |              |              |                          |                        |                         |             |                               |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- + आवश्यकतानुसार मूत्र की सम्पूर्ण जाँच (Complete Exam.) भी की जा सकती हैं ।
- ++ ब्लड ग्रुप एवं Rh फैक्टर की जाँच एक बार आवश्यक है ।
- +++ चिकित्सक के निर्देश पर की गई अन्य जाँच भी लिखें ।

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विक्स विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर



क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

क्रम संख्या.....

## योनि जांच अभिलेख (Vaginal Examination Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या..... पंजीकरण दिनांक .....  
प्रसूता संख्या (पैरा)..... गर्भधारण संख्या(ग्रेविडा) .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... संभावित प्रसव दिनांक (DED) .....

### I. वल्वा की स्थिति

स्त्राव निष्कासन ..... सूजन .....  
संक्रमण ..... त्वचा की स्थिति .....  
अन्य ..... (यदि कोई हो)

### II. योनि जांच

सार्विकस विस्तारण ..... झिल्लियां .....  
प्रस्तुतीकरण ..... गर्भस्थ शिशु स्थिति .....  
प्रसूति सूचक स्त्राव ..... पेरिनियम .....

### III. अन्य विवरण

.....  
.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपर वाइजर

प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा देखे गये प्रसवों का रिकॉर्ड

(Witnessed/Observed Deliveries Record)

| क्र. सं. | दिनांक | नाम | आयु | पंजीकरण संख्या | गर्भधारण संख्या | प्रसूता संख्या | गर्भधारण संख्या | प्रस्तुतीकरण | प्रसव की प्रकृति | बेबी लिंग | नवजात शिशु का वजन | इलाज सलाह | विवरण |
|----------|--------|-----|-----|----------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|------------------|-----------|-------------------|-----------|-------|
| 1        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 2        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 3        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 4        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 5        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 6        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 7        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 8        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 9        |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 10       |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 11       |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 12       |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 13       |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |
| 14       |        |     |     |                |                 |                |                 |              |                  |           |                   |           |       |



|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)



प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)



प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....  
पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....  
गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....  
गर्भपात ..... जीवित .....  
• प्रसूति विवरण: .....  
.....  
• चिकित्सकीय विवरण: .....  
.....  
• व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....  
.....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F  
नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट  
रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....  
पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....  
वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....  
निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)

प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसूति विज्ञान सहायिका द्वारा कराये गये प्रसवों का अभिलेख (Conducted Deliveries Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पंजीकरण संख्या ..... प्रसव संख्या ..... प्रसव स्थल .....  
पता : .....  
.....

### I. इतिवृत्त

भर्ती दिनांक ..... भर्ती का समय .....

पिछली माहवारी दिनांक (LMP) ..... सम्भावित प्रसव दिनांक (EDD) .....

गर्भधारण संख्या (ग्रेविडा) ..... प्रसूता संख्या (पैरा) .....

गर्भपात ..... जीवित .....

- प्रसूति विवरण: .....
- चिकित्सकीय विवरण: .....
- व्यक्तिगत स्वास्थ्य विवरण: .....

### II. सामान्य शारीरिक जांच

शारीरिक स्थिति..... ताप.....<sup>0</sup>F

नाड़ी...../मिनट श्वसन...../मिनट

रक्तचाप (बी.पी.).....m.m.Hg. सूजन (ईडिमा).....

पीलापन..... ऊंचाई (सेमी.).....

वजन क्रिगा..... स्तनों(ब्रेस्ट) की स्थिति:.....

निप्पलों की स्थिति..... अन्य.....

### III. प्रसव विवरण

गर्भावस्था ..... (पूरासमय / पूर्वकालिक / पश्चकालिक)



प्रसव की प्रकृति ..... (सामान्य प्रसव / जटिल प्रसव)  
 प्रसव प्रारम्भ समय .....  
 प्रस्तुतिकरण .....  
 झिल्लियों का फटना .....  
 प्रथम प्रसव अवस्था ..... से .....  
 द्वितीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 तृतीय प्रसव अवस्था ..... से .....  
 प्रसव दिनांक ..... प्रसव समय .....  
 प्लेसेन्टा (पूर्ण/अपूर्ण) ..... झिल्लियां (पूर्ण/अपूर्ण) .....  
 योनि रक्त स्त्राव ..... योनि / पेरिनियल फटन .....  
 एपिजियोटोमी ..... अन्य .....

#### IV. नवजात शिशु का विवरण

नवजात का जन्म समय .....  
 नवजात शिशु का रोना ..... श्वसन .....  
 जन्मजात विकृति ..... अन्य कोई विवरण.....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

- प्रसूति विज्ञान सहायिका प्रशिक्षणार्थी को नर्सिंग कर्मी अथवा प्रसूति विशेषज्ञ (चिकित्सक) के सुपरविजन में ही सामान्य प्रसव करवाने की अनुमति दी जानी चाहिए।

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....

रिफ्लेक्स .....

स्तनपान .....

मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....

वजन परिवर्तन .....

पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....

आंखें .....

त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....

शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)

नियमित जांच निष्कर्ष .....

तापमान नियमन .....

अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....



रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

## II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....

रिफ्लेक्स .....

स्तनपान .....

मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....

वजन परिवर्तन .....

पीलिया .....

### • देखभाल

नाभि .....

आंखें .....

त्वचा .....

### • मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह

स्तनपान .....

शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)

नियमित जांच निष्कर्ष .....

तापमान नियमन .....

अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....



रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....

रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर

क्रम संख्या.....

## प्रसवोत्तर देखभाल अभिलेख (Post Natal Care Record)

गर्भवती महिला का नाम ..... आयु ..... पति का नाम .....  
पता : .....  
पंजीकरण संख्या ..... गर्भधारण संख्या .....  
प्रसव संख्या .....  
भर्ती का दिनांक ..... प्रसव होने का दिनांक .....  
प्रसव स्थल .....  
नवजात शिशु का लिंग ..... नवजात शिशु का वजन .....  
जन्मजात विकृतियां .....  
अन्य कोई विवरण .....

### I. मातृत्व शारीरिक स्थिति

सामान्य स्थिति .....  
पेरिनियम .....  
सूतिकास्त्राव .....  
गर्भाशय संकुचन .....  
स्तन ..... निप्पल .....  
स्तनपान .....  
मूत्र सम्बन्धित विवरण.....

#### • सलाह

आहार .....  
व्यायाम .....  
पेरिनियल देखभाल .....  
परिवार नियोजन .....  
पुनः जांच .....

### II. नवजात शिशु देखभाल अभिलेख (Neo- Natal Care Record)

सामान्य शारीरिक स्थिति ..... श्वसन .....



रोना ..... क्रियाशीलता .....  
रिफ्लेक्स .....  
स्तनपान .....  
मलत्याग ..... मूत्रत्याग .....  
वजन परिवर्तन .....  
पीलिया .....

• **देखभाल**

नाभि .....  
आंखें .....  
त्वचा .....

• **मां को नवजात के विषय में दी गई सलाह**

स्तनपान .....  
शिशु टीकाकरण ..... (नोट: प्रतिरक्षण कार्ड का अवलोकन करें।)  
नियमित जांच निष्कर्ष .....  
तापमान नियमन .....  
अगली जांच तिथि अन्य .....

हस्ताक्षर  
नर्स

हस्ताक्षर  
सुपरवाइजर