



DAKSHATA

लेबर रूम रजिस्टर



वार्षिक क्र.सं.	मसिक क्र.सं.	क्लाइंट का विवरण	ऑब्स्टेट्रिक हिस्ट्री	भर्ती के समय का विवरण	प्रसव के दौरान किये गये हस्तक्षेपों का विवरण	प्रसव का विवरण	बच्चे के बारे में जानकारी	जटिलताएँ	रेफरल की स्थिति में	डिस्चार्ज के समय माँ एवं बच्चे की स्थिति	प्रसव-पश्चात् परिवार नियोजन	अतिरिक्त जानकारी/ फॉलो-अप विवरण
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		रजिस्ट्रेशन नं एमसीटीएस नु नाम और उम्र पति/पिता/अभिभावक का नाम पता मोबाईल नंबर बीपीएल/एमबीएस रजि. : हाँ/नहीं आधार नं बैंक का विवरण आशा का नाम और फोन नं	एल.एम.पी/ई.डी.डी ग्रेविडा पैरिटी अर्बोशन जीवित बच्चे पिछला सिज़ेरियन: हाँ/नहीं पिछली प्रसूति की अन्य जटिलताएँ:	तिथि समय सीधे प्रसव में <input type="checkbox"/> जेस्टेशनल उम्र (हफ्तों में) बी.पी टेम्प्रेचर एफ.एच.आर. पेशाब में प्रोटीन हीमोग्लोबिन ग्राम % ब्लड ग्रुप एच.आई.वी. सिफिलिस मलेरिया हिपेटाइटिस बी हिपेटाइटिस सी कहाँ से रेफर हुई हाई रिस्क <input type="checkbox"/> स्पष्ट करें	पार्टोग्राफ भरा गया <input type="checkbox"/> *इन्डक्शन किया <input type="checkbox"/> *ऑगमेंटेशन किया <input type="checkbox"/> इन्जेक्शन डेक्सामिथासोन <input type="checkbox"/> इन्जेक्शन मेग्नीशियम सल्फेट <input type="checkbox"/> ऐपिजियोटमी <input type="checkbox"/> एएमटीएसएल हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यूट्रोटेनिक विवरण: ऑक्सीटोसिन आई.एम. <input type="checkbox"/> यदि अन्य तो स्पष्ट करें देर से कार्ड क्लैम्प करी (1 से 3 मिनट) <input type="checkbox"/> एन्टीबायोटिक्स <input type="checkbox"/> ब्लड ट्रान्सफ्यूज़न <input type="checkbox"/>	तिथि समय प्रकार: नॉरमल <input type="checkbox"/> असिस्टेड (इन्सट्रुमेंटल, वैक्यूम) <input type="checkbox"/> सिज़ेरियन <input type="checkbox"/> यदि सिज़ेरियन, तो उसके संकेत प्रसव किसने कराया माँ: जीवित <input type="checkbox"/> मातृ मृत्यु <input type="checkbox"/> बच्चा: सिंगल <input type="checkbox"/> मल्टिपल <input type="checkbox"/> टर्म <input type="checkbox"/> प्री-टर्म <input type="checkbox"/> जीवित <input type="checkbox"/> स्टिल बर्थ : फ्रैश <input type="checkbox"/> मैसरेटेड <input type="checkbox"/> नवजात मृत्यु <input type="checkbox"/>	आईडी नं. लिंग पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> वज़न (किलो में): जन्म के तुरन्त बाद बच्चे को सुखाया हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> **रिसासिटेशन की जरूरत पड़ी हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> एक घंटे के अन्दर स्तनपान कराया हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> विटामिन के 1 दिया हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> टीकाकरण किया: बीसीजी <input type="checkbox"/> ओपीवी <input type="checkbox"/> हिपेटाइटिस बी <input type="checkbox"/>	एल एपीएच <input type="checkbox"/> पीपीएच <input type="checkbox"/> प्री-एक्लेम्सिया <input type="checkbox"/> एक्लेम्सिया <input type="checkbox"/> सेप्सिस <input type="checkbox"/> ऑब्स्ट्रक्टेड लेबर <input type="checkbox"/> प्रोलौग्ड लेबर <input type="checkbox"/> अन्य स्पष्ट करें बच्चा: सेप्सिस <input type="checkbox"/> एस्फक्सिया <input type="checkbox"/> एलबीडब्ल्यू <input type="checkbox"/> प्रीमैच्योरिटी <input type="checkbox"/> अन्य स्पष्ट करें	एल कारण कहाँ रेफर किया बच्चा: कारण कहाँ रेफर किया	डिस्चार्ज की तिथि और समय माँ: बीपी टेम्प्रेचर योनि से खून जाना बच्चा: टेम्प्रेचर फीडिंग सांस की दर	काउन्सेलिंग हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> चुना गया तरीका: लैम <input type="checkbox"/> कंडोम <input type="checkbox"/> इन्जेक्टेबल <input type="checkbox"/> पीपीआईयूसीडी <input type="checkbox"/> पुरुष नसबंदी <input type="checkbox"/> पीपीएस (प्रसव-पश्चात् नसबंदी) <input type="checkbox"/> अन्य स्पष्ट करें तरीका अपनाने की तिथि	लेबर रूम इन्चार्ज के हस्ताक्षर
		रजिस्ट्रेशन नं एमसीटीएस नु नाम और उम्र पति/पिता/अभिभावक का नाम पता मोबाईल नंबर बीपीएल/एमबीएस रजि. : हाँ/नहीं आधार नं बैंक का विवरण आशा का नाम और फोन नं	एल.एम.पी/ई.डी.डी ग्रेविडा पैरिटी अर्बोशन जीवित बच्चे पिछला सिज़ेरियन: हाँ/नहीं पिछली प्रसूति की अन्य जटिलताएँ:	तिथि समय सीधे प्रसव में <input type="checkbox"/> जेस्टेशनल उम्र (हफ्तों में) बी.पी टेम्प्रेचर एफ.एच.आर. पेशाब में प्रोटीन हीमोग्लोबिन ग्राम % ब्लड ग्रुप एच.आई.वी. सिफिलिस मलेरिया हिपेटाइटिस बी हिपेटाइटिस सी कहाँ से रेफर हुई हाई रिस्क <input type="checkbox"/> स्पष्ट करें	पार्टोग्राफ भरा गया <input type="checkbox"/> *इन्डक्शन किया <input type="checkbox"/> *ऑगमेंटेशन किया <input type="checkbox"/> इन्जेक्शन डेक्सामिथासोन <input type="checkbox"/> इन्जेक्शन मेग्नीशियम सल्फेट <input type="checkbox"/> ऐपिजियोटमी <input type="checkbox"/> एएमटीएसएल हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यूट्रोटेनिक विवरण: ऑक्सीटोसिन आई.एम. <input type="checkbox"/> यदि अन्य तो स्पष्ट करें देर से कार्ड क्लैम्प करी (1 से 3 मिनट) <input type="checkbox"/> एन्टीबायोटिक्स <input type="checkbox"/> ब्लड ट्रान्सफ्यूज़न <input type="checkbox"/>	तिथि समय प्रकार: नॉरमल <input type="checkbox"/> असिस्टेड (इन्सट्रुमेंटल, वैक्यूम) <input type="checkbox"/> सिज़ेरियन <input type="checkbox"/> यदि सिज़ेरियन, तो उसके संकेत प्रसव किसने कराया माँ: जीवित <input type="checkbox"/> मातृ मृत्यु <input type="checkbox"/> बच्चा: सिंगल <input type="checkbox"/> मल्टिपल <input type="checkbox"/> टर्म <input type="checkbox"/> प्री-टर्म <input type="checkbox"/> जीवित <input type="checkbox"/> स्टिल बर्थ : फ्रैश <input type="checkbox"/> मैसरेटेड <input type="checkbox"/> नवजात मृत्यु <input type="checkbox"/>	आईडी नं. लिंग पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> वज़न (किलो में): जन्म के तुरन्त बाद बच्चे को सुखाया हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> **रिसासिटेशन की जरूरत पड़ी हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> एक घंटे के अन्दर स्तनपान कराया हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> विटामिन के 1 दिया हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> टीकाकरण किया: बीसीजी <input type="checkbox"/> ओपीवी <input type="checkbox"/> हिपेटाइटिस बी <input type="checkbox"/>	एल एपीएच <input type="checkbox"/> पीपीएच <input type="checkbox"/> प्री-एक्लेम्सिया <input type="checkbox"/> एक्लेम्सिया <input type="checkbox"/> सेप्सिस <input type="checkbox"/> ऑब्स्ट्रक्टेड लेबर <input type="checkbox"/> प्रोलौग्ड लेबर <input type="checkbox"/> अन्य स्पष्ट करें बच्चा: सेप्सिस <input type="checkbox"/> एस्फक्सिया <input type="checkbox"/> एलबीडब्ल्यू <input type="checkbox"/> प्रीमैच्योरिटी <input type="checkbox"/> अन्य स्पष्ट करें	एल कारण कहाँ रेफर किया बच्चा: कारण कहाँ रेफर किया	डिस्चार्ज की तिथि और समय माँ: बीपी टेम्प्रेचर योनि से खून जाना बच्चा: टेम्प्रेचर फीडिंग सांस की दर	काउन्सेलिंग हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> चुना गया तरीका: लैम <input type="checkbox"/> कंडोम <input type="checkbox"/> इन्जेक्टेबल <input type="checkbox"/> पीपीआईयूसीडी <input type="checkbox"/> पुरुष नसबंदी <input type="checkbox"/> पीपीएस (प्रसव-पश्चात् नसबंदी) <input type="checkbox"/> अन्य स्पष्ट करें तरीका अपनाने की तिथि	लेबर रूम इन्चार्ज के हस्ताक्षर

* इन्डक्शन और ऑगमेंटेशन केवल एफआरयू पर ही किया जाए, जहाँ सी-सेक्शन की सुविधा हो (अनावश्यक इन्डक्शन और ऑगमेंटेशन नहीं करना चाहिए)।

** स्टेट्स, न्यूबॉर्न रिसेसिटेशन के चरणों को शामिल करने के बारे में सोच सकते हैं जैसे: पोज़िशन, सक्शन, स्टिम्युलेशन, रीपोज़िशन, बैग और मास्क वेंटिलेशन।

* इन्डक्शन और ऑग्मेनटेशन केवल एफआरयू पर ही किया जाए, जहाँ सी-सेक्शन की सुविधा हो (अनावश्यक इन्डक्शन और ऑग्मेनटेशन नहीं करना चाहिए)।
** स्टेट्स, न्यूबॉर्न रिसेसिटेशन के चरणों को शामिल करने के बारे में सोच सकते हैं जैसे: पोज़िशन, सक्शन, स्टिम्युलेशन, रीपोज़िशन, बैग और मास्क वेंटिलेशन।