

# कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार।

पत्रांक:- आई-5/भण्डार/प्रतिरक्षण/2017-18 | 463


दिनांक: 24.04.2018

## पुनः /द्वितीय अल्पकालिक निविदा प्रपत्र

उत्तराखण्ड राज्य के महामहिम राज्यपाल की ओर से उत्तराखण्ड अधिप्राप्ति नियमावली 2017 संख्या: 130/xxvii(7)32/ 2017 दिनांक 14.07.2017 के अनुसार चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण जनपद हरिद्वार में Mother and Child Protection Cards के क्रय हेतु प्रतिष्ठित निर्माता या उनके द्वारा अधिकृत प्रतिनिधियों से दो लिफाफा प्रणाली के अन्तर्गत नियमानुसार प्रत्येक भाग हेतु पृथक-पृथक निविदायें आमंत्रित की जाती हैं। इच्छुक निविदादाता दिनांक 25.04.2018 से 09.05.2018 तक निविदा प्रपत्र <http://www.haridwar.nic.in> & [www.cmoharidwar.org](http://www.cmoharidwar.org) से डाउनलोड कर सकते हैं। निविदा प्रपत्र दिनांक 10.05.2018 को मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के कार्यालय में रखे निविदा बॉक्स में सायं 02 बजे तक डाली जायेगी। जो कि उसी दिन अपराह्न 03 बजे जिला कय समिति के द्वारा खोली जायेगी। निविदा के प्रत्येक भाग हेतु निर्धारित निविदा मुल्य बैंक ड्राफ्ट के माध्यम से जमा करना होगा जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के नामे हो को मूल रूप में निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न कर जमा करना होगा, निविदा मुल्य जमा न होने पर सम्बन्धित निविदा पर विचार नहीं किया जायेगा। एक या सभी निविदाओं को निरस्त करने का पूर्ण अधिकार मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार का होगा।

जिन निविदाताओं के द्वारा दिनांक 19.04.2018 को निविदा प्रेषित की गयी थी उनको पुनः निविदा शुल्क सहित केवल निविदा डाउनलोड कर निविदा प्रेषित की जायेगी।

क्र०स०	विवरण	मात्रा	निविदा का मुल्य GST सहित	घरोहर घनराशि 3%
1	Mother and Child Protection Cards	50000	590.00	15000.00

  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
हरिद्वार।


मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार (उत्तराखण्ड)

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग

निविदा प्रपत्र

टीकाकरण कार्ड की छपाई।

निविदा प्रपत्र का मूल्य प्रत्येक पार्ट हेतु रू0 590.00 (GST Including)

  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी,  
हरिद्वार, उत्तराखण्ड

## निविदा प्रपत्र वर्ष 2017-18 हेतु टीकाकरण कार्ड की छपाई

- 1-कार्य की अनुमानित लागत- 500000/- रुपये जो की घट-बढ़ सकती है।
- 2-निविदा प्रपत्र की क्रय तिथि/समय.....
- 3-निविदा प्रपत्र टेण्डर बॉक्स में डालने की तिथि/समय- 10.05.2018 दोपहर 02.00 बजे।
- 4-मुहर बन्द निविदाये खोलने की तिथि/समय- 10.05.2018 अपरान्ह 03.00 बजे।
- 5-निविदा प्रपत्र प्राप्त करने वाले व्यक्ति/फर्म/सोसायटी का नाम व पता.....

निविदादाता का  
पासपोर्ट साईज फोटो

6-धरोहर की धनराशि-15,000/-रु०

क्र०सं०	सामग्री/वस्तु का नाम	दरें ( Tax सहित)	
		अंको में	शब्दों में
1	टीकाकरण कार्ड की छपाई दोनो ओर, दर प्रति कार्ड (साईज-ल० 12ईच × चौ० 10ईच) पृष्ठ-4.5 (9 पृष्ठ) बाईन्डिंग स्टेप्लर पिन द्वारा पेपर की मोटाई 250 जी०एस०एम० कार्ड पेपर तथा कार्ड का सैम्पल साईट अपलोड है।		

### निविदादाता द्वारा घोषणा-

- 1-मैं.....राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन उत्तराखण्ड हरिद्वार, द्वारा संचालित प्रतिरक्षण कार्यक्रम हेतु उपरोक्त सामग्री की आपूर्ति अपनी उपरोक्त दरों पर करने के लिए सहमत हूँ।
- 2-मैं आपके द्वारा अंकित शर्तें उपरोक्त सामग्री की आपूर्ति हेतु, स्वीकार करता हूँ।
- 3-मैं यह भी स्वीकार करता हूँ कि यदि मेरी निविदा दरें स्वीकृत हो जाती हैं, और जमानत धनराशि मैं निर्धारित अवधि में जमा नहीं कर पाया तो मेरी धरोहर धनराशि जब्त कर ली जायें।

निविदादाता के  
हस्ताक्षर

## निविदा प्रपत्र के लिये नियम, शर्त एवं प्रतिबन्ध-

1. निविदा की दरें निविदा तिथि से एक वर्ष के लिये आमंत्रित की गई हैं।
2. सशर्त, अपूर्ण, अहस्ताक्षरित, निर्दिष्ट शर्तों के विपरीत एवं निर्धारित तिथि व समय के उपरान्त प्राप्त निविदा स्वीकार नहीं की जायेगी। निविदादाता द्वारा दी गयी दरें एक वर्ष के लिए मान्य होंगी।
3. आपूर्तिकर्ता के द्वारा सामग्री की गुणवत्ता एवं लेखन (दिये गये सैम्पल के आधार) के संबंध में कोई समझौता नहीं किया जायेगा। वित्तीय निविदा में दर्शाये गये सैम्पल प्रतिरक्षण कार्ड के अनुरूप ही आपूर्ति करनी होगी।
4. सामग्री की आपूर्ति अधोहस्ताक्षरी के कार्यालय में ही कि जायेगी। जिसका कोई अतिरिक्त व्यय देय नहीं होगा।
5. प्रत्येक निविदादाता निविदा प्रपत्र के प्रत्येक पृष्ठ पर एवं इसके साथ दी गई शर्तों, निर्देश एवं प्रतिबन्ध को हस्ताक्षरित करेगा और अपना/अपनी फर्म का नाम व पता स्पष्ट रूप से अंकित करेगा।
6. प्रत्येक निविदादाता निविदा डालने से पूर्व आपूर्ति तय समय पर करने की सुनिश्चित अवश्य कर ले। कार्य की प्रकृति, कार्य स्थल आदि का भलिभाति निरीक्षण कर लें।
7. निविदादाता को अपनी दरें अनिवार्य रूप से अंको व शब्दों में प्रति इकाई साफ-साफ उल्लिखित करनी होगी। फोर कटिंग मान्य नहीं होगी। अंको व शब्दों की धनराशि में यदि कोई अन्तर पाया जाता है तो न्यूनतम राशि को उल्लिखित दर के रूप में मान्य किया जायेगा।
8. आपूर्ति कराई गयी सामग्री में होने वाली समस्त कमियों को दूर करने का दायित्व सम्बन्धित निविदादाता का होगा। इस हेतु निविदादाता को कोई अतिरिक्त भुगतान नहीं किया जायेगा।
9. जिस निविदादाता की दरें स्वीकार की जायेंगी उसे आदेश प्राप्ति के एक सप्ताह के अन्दर निर्धारित शुल्क के स्टाम्प पर अनुबन्ध करना होगा तथा जमानत की राशि जमा करके हस्ताक्षर करने होंगे। स्टाम्प शुल्क निविदादाता द्वारा वहन किया जायेगा। अनुबन्ध समय के अन्तर्गत जमा न करने पर धरोहर राशि जब्त कर ली जायेगी।
10. निविदादाता द्वारा आपूर्ति की जाने वाली सामग्री की गुणवत्ता का निर्णय करने का अधिकार मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को होगा तथा इस सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार का निर्णय अन्तिम होगा। किसी भी स्तर पर आपूर्तित सामग्री की गुणवत्ता में कमी पाये जाने पर नियमानुसार कार्यवाही की जायेगी।
11. निविदादाता/उसका प्रतिनिधि मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के कार्यालय के सम्पर्क में रहेगा ताकि किसी भी प्रकार का आदेश उसे उपलब्ध कराया जा सके।
12. मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा सामग्री की आपूर्ति हेतु रोड परमिट फर्म द्वारा मांगे जाने पर ही उपलब्ध करवाया जायेगा। अन्य किसी भी प्रकार का परमिट जारी करने के लिए विभाग बाध्य नहीं होगा।
13. कंटा को आपूर्तिकर्ता फर्म के निर्माण एवं विश्लेषण व्यवस्था का निरीक्षण कराये जाने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
14. सामग्री की गुणवत्ता खराब होने की स्थिति में नयी सामग्री निविदादाता को स्वयं के व्यय पर पुनः आपूर्ति करनी होगी।
15. निविदा खुलने के पश्चात टैक्स ढांचे में परिवर्तन यथा शासनादेश प्रभावी होगा।
16. निविदा के सम्बन्ध में ऐसा कोई प्रचार करना एवं किसी भी प्रकार का अवांछित दबाव डालना जिससे निविदा की प्रक्रिया की निष्पक्षता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता हो, निविदा निरस्त करने के लिये पर्याप्त होगा।
17. निविदादाता या उसका कोई प्रतिनिधि एक वर्ष की अवधि में निरन्तर उपलब्ध रहेगा। ताकि विभाग अपनी आपूर्ति के सम्बन्ध में उससे सम्पर्क कर सकें।
18. सामान्यतः निविदादाताओं को सामग्री आपूर्ति की व्यवस्था हेतु 02 सप्ताह का समय दिया जाएगा।

19. निविदा स्वीकृत कर लिए जाने के बाद यदि सम्बन्धित निविदादाता अकस्मिक मृत्यु अथवा अन्यथा अक्षम हो जाने की परिस्थिति उत्पन्न होती है, तो उसके समस्त उत्तरदायित्वों का निर्वहन उक्त ठेकेदार के विधिक उत्तराधिकारी द्वारा किया जाएगा, तथा उन उत्तरदायित्वों के निर्वहन के फलस्वरूप देय समस्त भुगतान विधिक उत्तराधिकारी को किये जा सकेंगे।
20. यदि किसी भी समय ठेकेदार को अधिक भुगतान कर दिये जाने का प्रकरण प्रकाश में आता है तो अधिक भुगतानित धनराशि की वसूली उसकी जमानत राशि से या अन्य अभुगतानित बिलों से समायोजन के द्वारा अथवा उसकी अन्य परिसम्पत्तियों से कर ली जाएगी।
21. न्यूनतम दर की निविदा की स्वीकृति के उपरान्त भी यदि किसी स्तर पर उस निविदादाता (एल-1) द्वारा वस्तुओं की समय से/गुणवत्तायुक्त आपूर्ति नहीं किए जाने की स्थिति में (एल-2/एल-3 आदि) से एल-1 की दर पर वस्तुओं की आपूर्ति कराने/कार्यादेश देने को मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार सर्वथा सक्षम होंगे।
22. जिस निविदादाता की निविदा स्वीकृत कर ली जायेगी और उसके आधार पर जिसे कार्यादेश निर्गत किया जायेगा उसे वह कार्य स्वयं करना होगा अर्थात् उसके द्वारा किसी अन्य व्यक्ति को कार्य कराने का उत्तरदायित्व प्रतिनिहित नहीं किया जा सकेगा।
23. निविदा के सम्बन्ध में किसी प्रकार के शंका समाधान हेतु किसी भी कार्य दिवस में कार्यालय, मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार में सम्पर्क किया जा सकता है।
24. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को किसी भी निविदा अथवा समस्त निविदाओं को बिना कारण बताये निरस्त करने का अधिकार होगा।
25. वित्तीय निविदा में दरें भारतीय मुद्रा में दी जायें।
26. निविदा हिन्दी भाषा में स्वीकार की जायेगी। यथा स्थानों पर अंग्रेजी शब्द एवं अंकों का प्रयोग किया जा सकता है।
27. निविदा प्राप्ति हेतु निर्धारित तिथि एवं समय के बाद निविदादाताओं को निविदा में किसी भी प्रकार का परिवर्तन/संशोधन की अनुमति नहीं दी जायेगी।
28. निविदादाता जो एल-1 पर होगा को संबंधित सामग्री तथा वारंटी / गारंटी कार्ड उपलब्ध करवाना होगा।
29. इस निविदा के अन्तर्गत निविदादाता व विभिन्न विभागों के बीच मतभेद या विवाद, जनपद हरिद्वार के न्यायालय में ही स्वीकार किये जायेंगे अन्य नहीं।

#### **Earnest Money Deposit (E.M.D.) (निविदा प्रतिभूति)**

1. प्रत्येक निविदा के साथ धरोहर राशि (अर्नेस्ट मनी) जो भारत के किसी शैड्यूल बैंक द्वारा जारी एफ0डी0आर0/सी0डी0आर0/डिमान्ड ड्राफ्ट/बैंकर्स चैक/राष्ट्रीय बचत पत्र/ बैंक गारन्टी जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के पदनाम से तकनीकी भावपत्र के साथ संलग्न करनी होगी। जो कम से कम 225 दिनों हेतु बन्धक होगी को मूल रूप में निविदा के साथ संलग्न करना अनिवार्य होगा।
2. यदि निविदादाता निविदा जमा करने के पश्चात निविदा प्रक्रिया को छोड़ता है या निविदा की शर्तों का पालन करने में विफल रहता है तो धरोहर राशि जब्त कर ली जायेगी।
3. Unsuccesses निविदादाओं की Bid E.M.D को टेण्डर की स्वीकृति उपरान्त वापस कर दी जायेगी। इस पर किसी भी प्रकार का ब्याज नहीं दिया जायेगा।
4. ई0एम0डी0 पर विभाग द्वारा कोई ब्याज देय नहीं होगा।

#### **Performance Security / (कार्यपूर्ति प्रतिभूति)**

1. जिस निविदादाता की निविदा स्वीकार की जायेगी, उसे अनुमानित सामग्री की कुल 5-10 प्रतिशत कार्यपूर्ति प्रतिभूति जमानत के रूप में निम्न में से किसी एक रूप में अनुबन्ध हस्ताक्षर करने के समय जमा करनी होगी, जो भारत के किसी शैड्यूल बैंक द्वारा जारी एफ0डी0आर0/सी0डी0आर0/ डिमान्ड ड्राफ्ट/ बैंकर्स चैक/राष्ट्रीय बचत पत्र/ बैंक गारन्टी जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के पक्ष में देय हो एवं हरिद्वार स्थित किसी बैंक शाखा में भुगतान योग्य हो, जमा करना अनिवार्य होगा। जमानत राशि निविदा तिथि से एक वर्ष तक वैध होनी चाहिये। यह धनराशि निर्धारित समय-सीमा के अन्तर्गत अनुबन्ध गठित न करने अथवा निविदा की शर्तों के अनुसार कार्य न करने पर जब्त कर ली जायेगी।

1. प्रत्येक निविदादाता को निम्नांकित दस्तावेजों को अनिवार्य रूप से तकनीकी निविदा प्रपत्र के साथ उपलब्ध करवाना होगा।
  2. पूर्व में किये गये कार्यों का अनुभव एवं रिकार्ड के सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को सन्तुष्ट करना होगा तथा वांछनीय प्रमाण-पत्रों की प्रतियाँ अपने कथन की पुष्टि में प्रस्तुत करनी होंगी।
  3. निर्माता फर्म का विगत 3 वित्तीय वर्षों का टर्नओवर रु० 50 लाख प्रतिवर्ष निपवदा के लिये होना चाहिये, जो सी०ए० द्वारा प्रमाणित बैलेंस शीट जो होल सेल प्राईज के आधार पर निर्धारित हो, को संलग्न करना होगा तथा सी०ए० द्वारा प्रदत्त Profit & lose का प्रमाणित प्रमाण पत्र भी संलग्न करना अनिवार्य होगा।
  4. धरोहर राशि (E.M.D) निविदा की कुल अनुमानित लागत का 03 प्रतिशत की दर से रु० 15000.00 ( पन्द्रह हजार रु ) मात्र मूल रूप से संलग्न करनी होगी।
  5. निविदादाता द्वारा उपरोक्त तीन वित्तीय वर्षों के टर्नओवर में सरकारी/ अर्द्ध सरकारी विभागों/ निगमों में किये गये कार्य के संबंध में उस विभाग/निगम के सक्षम अधिकारी से प्राप्त कार्यपूर्ति प्रमाण-पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करें।
  6. निविदादाता का पैन कार्ड की सत्यापित प्रति।
  7. GST प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति।
  8. फर्म होने की दशा में पार्टनरशिप डीड सर्टिफिकेट / पावर आफ एटार्नी अथवा एक मात्र प्रोपराईटर होने की दशा में इस आशय का रु० 100.00 के स्टाम्प पर शपथ पत्र।
  9. ब्लैक लिस्टेड/दण्डित न होने का रु० 100.00 के स्टाम्प पर शपथ पत्र।
  10. विगत 03 वर्षों का आयकर क्लियरिंग प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति।
  11. विगत 03 वर्षों का सैल टैक्स क्लियरिंग प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति।
- Validity Of Bid / निविदा की वैधता-**

1. वित्तीय निविदायें खोले जाने की तिथि से 90 दिन की अवधि तक के लिये स्वीकृति हेतु वैध होंगी।
- कर (Tax) सम्बन्धी नियम-**
1. एक वर्ष की अवधि में लगने वाले किसी भी टैक्स/जी०एस०टी० से निविदादाता को कोई छूट नहीं दी जायेगी।
  2. जी०एस०टी० की कटौती निविदादाता के बिल से नियमानुसार की जायेगी।
  - 3- अनुबन्ध निष्पादन के पश्चात् निविदादाता लिखित कार्यादेश प्राप्त होने पर निश्चित तिथि पर सामग्री की आपूर्ति करेगा।

**Mode Of Payment**

1. सामान्यतः सामग्री प्राप्त होने के उपरान्त कार्यालय की औपचारिकताएँ पूर्ण करने के उपरान्त भुगतान किया जायेगा।
2. विलम्ब की स्थिति में इस पर किसी प्रकार का ब्याज देय नहीं होगा।

**वित्तीय निविदा :-**

1. वित्तीय निविदा में दरें सभी करों(व्यापार कर, सेवा कर , सी०एम०सी० एवं वारंटी इत्यादि), levies, duties तथा अन्य सभी प्रकार के चार्ज यथा ट्रांसपोर्टेशन, लोजिंग, बोडिंग, फर्म/ऐजन्सी के सभी प्रकार के व्यय आदि शामिल होंगे। Quoted Rates के अतिरिक्त विभाग द्वारा अन्य किसी प्रकार का व्यय भार स्वीकार नहीं किया जायेगा।
2. तकनीकी निविदा में सफल निविदादाताओं की ही वित्तीय बिड खोली जायेगी।  
मैंने/हमने इस निविदा से सम्बन्धित समस्त निविदा शर्तों को भली-भाँति पढ़ लिया है इस तकनीकी निविदा के उपरोक्त **Documentation Evidence** के 01-11 बिन्दुओं के समर्थन में उल्लिखित सभी प्रमाण पत्रों एवं दस्तावेजों को संलग्न/अपलोड कर दिया गया है और हम इनका अनुपालन करने हेतु सहमत हैं।

निविदा प्रपत्र भेजने की विधि

1. निविदा टू बिड (Two Bid System) के तहत आमंत्रित की जाती हैं।
2. निविदा प्रपत्र [www.haridwar.nic.in](http://www.haridwar.nic.in) & [www.cmoharidwar.org](http://www.cmoharidwar.org) पोर्टल से डाउनलोड कर वांछित अभिलेखों सहित तकनीकी एवं वित्तीय निविदा अलग-अलग लिफाफे में स्पष्ट रूप से लिखना होगा, के साथ ही निविदा संख्या व निविदादाता फर्म का नाम अंकित कर निर्धारित तिथि व समय पर निविदा बॉक्स जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के कक्ष में होगा, में डालना होगा।
3. निविदा हेतु निर्धारित मूल्य का बैंक ड्रफ्ट जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के नाम हो तकनीकी निविदा के साथ मूल रूप में अनिवार्य रूप से संलग्न करना होगा।

निविदादाता के हस्ताक्षर

A  
**चैक लिस्ट** मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
 हरिद्वार

(पेज-07)

क्र०सं०	विवरण	Yes/No
1	निविदा प्रपत्र मूल रूप में	
2	वित्तीय निविदा	
3	अनुभव प्रमाण पत्र	
4	विगत तीन वर्ष का औसत टर्न रू०-50 लाख जो CA द्वारा प्रमाणित बैलेंस सीट (हॉल सेल रेट के आधार पर निर्धारित हो)	
5	अदेयता प्रमाण पत्र	
5	घरोहर धनराशि रू-15,000/- निविदा प्रपत्र के लिये मूल रूप में	
6	आयकर विभाग में वैध पंजीकरण प्रमाण पत्र/पैन नम्बर।	
7	व्यापार कर विभाग में वैध पंजीयन टिन नम्बर व अदेयता प्रमाण पत्र	
8	निविदा दाता की फर्म होने की दिशा में पार्टनरशिप डिड/पॉवर ऑफ अटॉर्नी/एक मात्र स्वामी होने का शपथ पत्र जो नोटरी द्वारा प्रमाणित हो।	
9	ब्लैक लिस्ट अथवा अन्य किसी अपराध में दण्डित नहीं होने का शपथ पत्र जो नोटरी द्वारा प्रमाणित हो।	
10	हैसियत प्रमाण पत्र जो 10 लाख से कम ना हो तथा 06 माह से अधिक पुराना न हो (केवल प्रपत्र अ के लिये मान्य)।	
11	प्रपत्रों के वास्तविक होने का प्रमाण पत्र	
12	स्वमं के पते का प्रमाण पत्र	
13	रिलेशन न होने का प्रमाण पत्र	



### प्रमाण पत्रों का वास्तविक होने का प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि अर्नेस्ट मनी (अग्रिम धरोहर धनराशि) एवं टेण्डर मूल्य की रसीद को छोड़कर मेरे द्वारा.....पन्नों के अर्हता प्रपत्र संलग्न किये गये हैं जा वास्तविक है। कोई भी प्रपत्र किसी भी स्तर पर असत्य पाये जाने पर निविदा शर्तों के अनुसार मेरे विरुद्ध कोई भी कार्यवाही की जायेगी, वह मुझे स्वीकार होगी।

दिनांक-.....

हस्ताक्षर.....

नाम.....

पता.....

.....

### स्वयं के पते का प्रमाण पत्र

संविदा अवधि में मेरा पता निम्नानुसार रहेगा तथा इस पते पर भेजे गये समस्त पत्र चाहे मुझे प्राप्त हुए हों अथवा न प्राप्त हुये हों, मेरे लिये बाध्यकारी होंगे।

दिनांक-.....

हस्ताक्षर.....

नाम.....

पता.....

.....

### रिलेशन प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि मेरा कोई भी सम्बन्धी/रिश्तदार मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के कार्यालय में कार्यरत नहीं है

दिनांक-.....

हस्ताक्षर.....

नाम.....

पता.....

.....

यदि आपको अथवा आपके परिवार में किसी अन्य व्यक्ति को खतरे के ये लक्षण दिखाई दें तो गर्भवती महिला को तुरन्त अस्पताल ले जायें



गर्भावस्था के दौरान रक्तस्राव, प्रसव के दौरान अथवा प्रसव के पश्चात् अत्यधिक रक्तस्राव



सांस लेने में कठिनाई के साथ या उसके बिना शरीर में रक्त की गम्भीर कमी



गर्भावस्था अथवा प्रसव के एक महीने के भीतर तेज बुखार



दौर पड़ना, घुंघला दिखाई देना, सिरदर्द, उल्टी, पूरे शरीर में सूजन



12 घण्टे से अधिक समय तक प्रसव पीड़ा



प्रसव पीड़ा के बिना ही पानी की थैली फट जाना

### संस्थागत प्रसव सुनिश्चित करें



आशा/ए.एन.एम./आंगनवाड़ी सेविका से संपर्क करें



जननी सुरक्षा योजना (जे.एस.वाई.) के अंतर्गत पंजीकरण कराए



जे.एस.वाई. के अंतर्गत लाभ उठाएँ



अस्पताल पहले से तय करें



यातायात की व्यवस्था पहले से करें



प्रसव के बाद 48 घंटे रहना सुनिश्चित करें

### घर में प्रसव की स्थिति के लिए तैयारी



ए.एन.एम. द्वारा सुरक्षित प्रसव सुनिश्चित करें

- ✓ स्वच्छ हाथ
- ✓ स्वच्छ जगह और स्वच्छ वातावरण
- ✓ स्वच्छ ब्लेड
- ✓ स्वच्छ नार्मिनल
- ✓ नाल बंधने के लिए स्वच्छ धागा
- ✓ नवजात शिशु के लिये स्वच्छ वस्त्र



पारिवारिक देखभाल और सहायता का सुनिश्चय करें

### आपात स्थिति



अस्पताल के लिए यातायात की व्यवस्था करें



जन्म के एक घंटे के अन्दर स्तनपान शुरू किया हाँ  नहीं



परिवार कल्याण संबंधी परामर्श

जन्म के तुरन्त बाद स्तनपान शुरू करें  
पहले छः महीने माँ के दूध के इलावा कुछ भी न दें

## समेकित बाल विकास सेवाएं राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन



मां और बच्चे की फोटो

### परिवार का परिचय

मां का नाम \_\_\_\_\_ आयु   
पिता का नाम \_\_\_\_\_  
पता \_\_\_\_\_  
मां की शिक्षा : अनपढ़/प्राथमिक/माध्यमिक/हाईस्कूल/स्नातक

### गर्भावस्था का विवरण

मां की पहचान संख्या \_\_\_\_\_  
अन्तिम मासिक चक्र की तिथि  /  /   
प्रसव की सम्भावित तिथि  /  /   
कुल गर्भ/पहले जीवित जन्मे बच्चों की संख्या  /   
पिछला प्रसव कहाँ कराया गया संस्थान  घर   
मौजूदा प्रसव कहाँ करायेंगे संस्थान  घर   
जे.एस.वाई पंजीकरण संख्या   
जे.एस.वाई भुगतान राशि  तिथि  /  /

### जन्म का विवरण

बच्चे का नाम \_\_\_\_\_  
जन्म तिथि  /  /  जन्म के समय वजन  कि.ग्राम  ग्राम  
लड़की  लड़का  जन्म पंजीकरण संख्या

### संस्थान का परिचय

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता \_\_\_\_\_ आंगनवाड़ी केन्द्र/ब्लॉक \_\_\_\_\_  
आशा \_\_\_\_\_ ए.एन.एम. \_\_\_\_\_  
उप स्वास्थ्य केन्द्र/क्लिनिक \_\_\_\_\_  
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/शहर \_\_\_\_\_  
अस्पताल/प्रथम सहायता केन्द्र (एफ.आर.यू.) \_\_\_\_\_  
दूरभाष/मो. ए.एन.एम. \_\_\_\_\_ अस्पताल \_\_\_\_\_  
यातायात की व्यवस्था \_\_\_\_\_

आंगनवाड़ी केन्द्र पंजीकरण संख्या  तिथि  /  /   
उपकेन्द्र पंजीकरण संख्या  तिथि  /  /   
रेफरल

मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार

## गर्भावस्था के दौरान नियमित जांच अनिवार्य है

	महत्वा	वृत्ता	किस्त	कैल	पायक	बटा	शातक	आयन	नीच
पंजीकरण	<p>पहली तिमाही में स्वास्थ्य केंद्र में पंजीकरण कराए।</p>								
प्रसवपूर्व जांच	<p>पंजीकरण के बाद कम से कम तीन बार प्रसव पूर्व जांच अवश्य कराए।</p>								
रक्तादाब, रक्त, पेशाब	<p>प्रत्येक जांच के समय रक्तदाब और रक्त व पेशाब की जांच करवाए।</p>								
वजन	<p>प्रत्येक जांच के समय अपना वजन अवश्य करवाये। गर्भावस्था में कम से कम 10-12 कि.ग्रा. वजन बढ़ना चाहिए। गर्भावस्था के अन्तिम 6 महीनों में डर महीने कम से कम एक कि.ग्रा. वजन अवश्य बढ़ना चाहिए।</p>								
टेटनस टाक्सॉयड के टीके	<p>टेटनस टाक्सॉयड के दो टीके लगाए। पहला टीका गर्भावस्था की पुष्टि होने पर और दूसरा टीका एक माह के बाद। (तिथि भरें)</p>								
आयरन गोलिएया	<p>कम से कम 3 महीने तक प्रतिदिन आयरन व फोलिक एसिड की एक गोली अवश्य खाए। कुल मिलाकर कम से कम 100 गोलिएयां खाना आवश्यक है। (दी गई गोलिएयां की मात्रा एवं तिथि भरें)</p>								

## गर्भावस्था के दौरान देखभाल



- विभिन्न प्रकार के खाद्य पदार्थों का सेवन करें।
- अधिक मात्रा में भोजन करें- लगभग सामान्य आहार से एका चौथाई ज्यादा।
- आगनवादी केंद्र से मिले पूरक पोषाहार को नियमित रूप से खाए।



- दिन में कम से कम 2 घण्टे आराम करें। इसके अलावा रात में 8 घंटे सोयें।
- केवल आयोडीन युक्त नमक का उपयोग करें।

हर प्रसवपूर्व जांच पर पोषण परामर्श सुनिश्चित करें

## नियमित टीकाकरण रिकॉर्ड (RI Record)

वैक्सीन दिये जाने की अगली तिथि (Due date for next dose) →

वैक्सीन दिये जाने की तिथि (Date on which vaccine given) →

जन्म (At birth)

\*जन्म के 24 घंटे के भीतर संस्थागत प्रसव के लिए

BCG	OPV 0 खुराक	Hep B वर्ष दोज	
1 1/2 माह	2 1/2 माह	3 1/2 माह	
OPV-1	OPV-2	OPV-3	
FIPV		FIPV	
Penta-1 (DPT+HepB+HB)	Penta-2 (DPT+HepB+HB)	Penta-3 (DPT+HepB+HB)	
9 माह	16-24 माह	16-24 माह	
Measles-1/ MR-1	Measles-2/ MR-2	OPV बूस्टर	
विटामिन-A 1	विटामिन-A 2	DPT पहला बूस्टर	
JE-1	JE-2		
5-6 वर्ष	10 वर्ष	16 वर्ष	
DPT 2 दूसरा बूस्टर	TT 1	TT 2	
विटामिन A (24 - 60 year)			
24 माह	30 माह	36 माह	42 माह
विटामिन-A 3	विटामिन-A 4	विटामिन-A 5	विटामिन-A 6
48 महीने	54 माह	60 माह	
विटामिन-A 7	विटामिन-A 8	विटामिन-A 9	

शुभ व स्वस्थ टीकाकरण जारी रखें।

Pentavalent Vaccine 6 हफ्ते से 1 वर्ष की उम्र में ही शुरू की जा सकती है।

**आई.एफ.ए. गोलियों की उपयोग तालिका**  
गर्भवती माताओं के लिये धात्रि माताओं के लिये

Day	Compliance	Day	Compliance	Day	Compliance	Day	Compliance
1	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	66	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	66	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	71	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	71	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>

गर्भवती महिला में अत्यधिक रक्तजल्पसा के लिये 2 गोली लेने पर 2 गोली को कारा करें।

**प्रसव पूर्व देखभाल**  
**पूर्व गर्भावस्था में प्रसूति संबधी जटिलता**

कृपया सही जवाब पर निशान (✓) लगाएं

- क. एपीएच  ख. एकलेम्पसिया  ग. पीआईएच   
 घ. रक्त की कमी  ङ. बाधित प्रसव  च. पीपीएच   
 छ. एलएससीएस  ज. शिशु में जन्मजात दोष  झ. अन्य

**पिछला विवरण**

कृपया सही जवाब पर निशान (✓) लगाएं

- क. तपेदिक  ख. उच्च रक्तदाब  ग. हृदय रोग   
 घ. मधुमेह  ङ. दमा  च. अन्य

**जांच**

सामान्य अवस्था	दिल	फेफड़े	स्तन
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**प्रसव पूर्व जांच**

	1	2	3	4
तिथि				
कोई समस्या				
पीओजी (सप्ताह)				
वजन (कि.ग्रा)				
नब्ज की गति				
रक्तदाब				
पीलापन				
सूजन				
पीलिया				

**उदर जांच**

भ्रूण की लंबाई सप्ताह/से.मी.				
बनावट/गर्भस्थिति				
गर्भस्थ शिशु का हिलना-डुलना	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं	सामान्य/कम/नहीं
गर्भस्थ शिशु की प्रति मिनट हृदय गति				
पी/वी यदि किया गया हो				

**आवश्यक जांच**

हीमोग्लोबिन				
मूत्र एल्ब्यूमिन				
मूत्र शर्करा				
एएन.एन. के हस्ताक्षर				

रक्त ग्रुप एवं आरएच प्रकार  तिथि  /  /

**वैकल्पिक जांच**

गर्भावस्था में मूत्र की जांच  तिथि  /  /   
 एचबीएस एजी  तिथि  /  /   
 रक्त शर्करा  तिथि  /  /



गोंव के निर्धारित मासिक र्मा बच्चा स्वास्थ्य और पोषण दिवस में शामिल हों

६

## प्रसव के बाद देखभाल

प्रसव की तिथि       प्रसव का स्थान \_\_\_\_\_ प्रसव का प्रकार  
 नोरमल  इंस्ट्रूमेंट  सीजेरियन

समय/समयपूर्व \_\_\_\_\_ अगर प्रसव संस्थान में हुआ तो उसके बाद कितने दिन वहाँ रही \_\_\_\_\_

कोई समस्या (स्पष्ट करें) \_\_\_\_\_

शिशु का लिंग  लड़का  लड़की \*शिशु का वजन      
 कि. ग्राम ग्राम

जन्म के तुरन्त बाद रोगा  हाँ  नहीं

जन्म के 1 घंटे के अंदर सिर्फ स्तनपान शुरू करना  हाँ  नहीं

\* (अगर पैदाइशी वजन 2.5 कि. ग्राम से कम हो तो तीन अतिरिक्त जांचें)

## प्रसव के बाद जांच

	पहला दिन	तीसरा दिन	सातवाँ दिन	छठा सप्ताह
कोई समस्या				
पीलापन				
नब्ज की गति				
रक्तदाब				
तापमान				
स्तन (नरम/सख्त)				
चूचुक (फटे हुए/सामान्य)				
गर्भाशय पीड़ा है/नहीं है				
रक्तस्राव फी/की अधिक/सामान्य				
लौबिया स्वस्थ/बदबूदार गंध				
एपीसिटोमी/टियर स्वस्थ/दूषित				
परिवार कल्याण परामर्श				
कोई अन्य परेशानी और रेफर करना				

## शिशु की देखभाल

	पहला दिन	तीसरा दिन	सातवाँ दिन	छठा सप्ताह
मूत्र विसर्जन				
मल विसर्जन				
दस्त				
उल्टी				
दौरे पड़ना				
गतिविधि (अच्छी/निष्क्रिय)				
स्तनपान (अच्छा/धीमा)				
सांस लेना (तेजी से/परेशानी से)				
छाती इन्फ्लेमिंग (मौजूद/नहीं)				
तापमान				
पीलिया				
नाभि नाल की स्थिति				
त्वचा पर दाने (है/नहीं)				
अन्य कोई परेशानी				

## आई.एफ.ए. गोलियों की उपयोग तालिका 6 माह से 5 वर्ष तक बच्चों के लिये

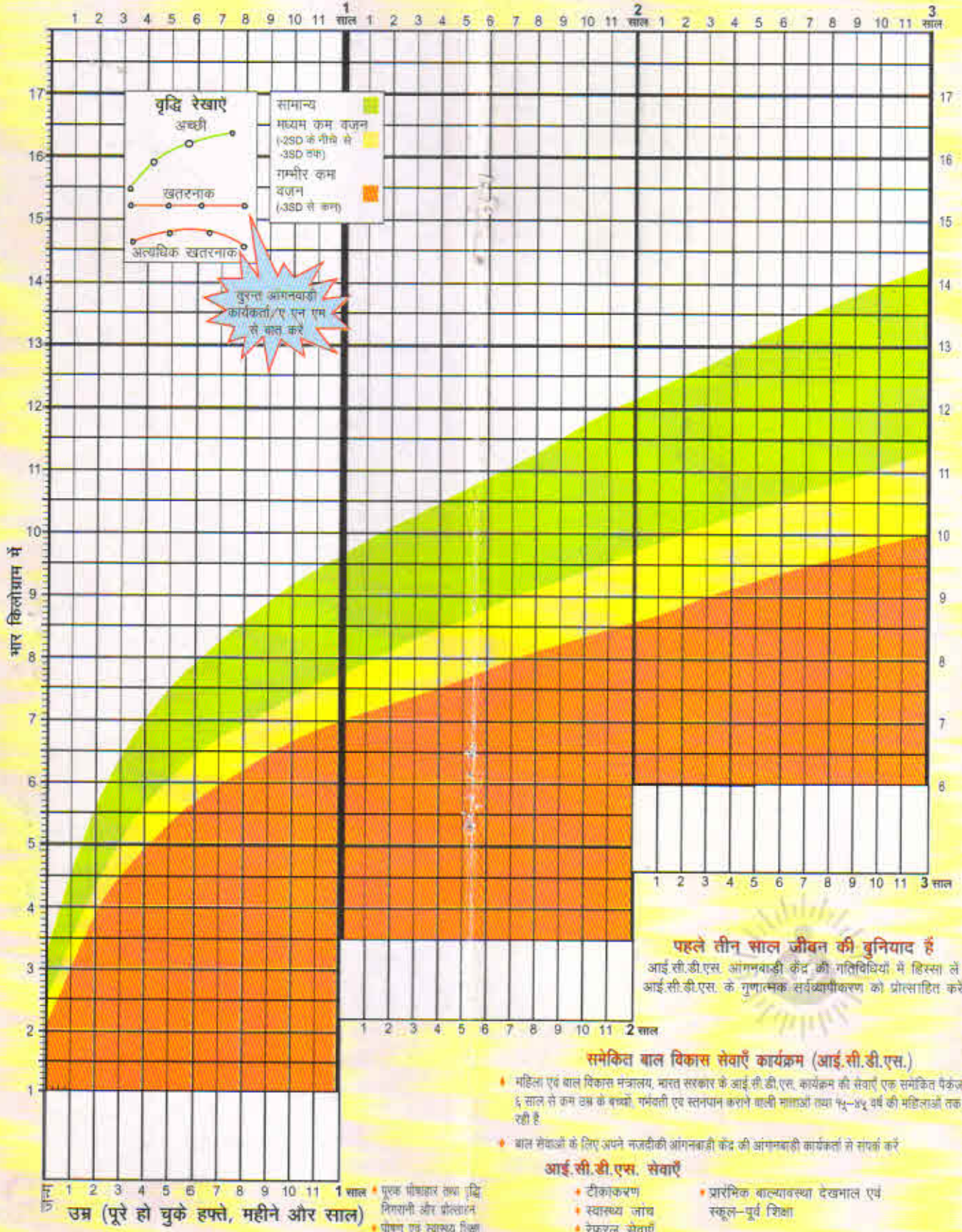
Week	6-12 months	12-24 months	24-36 months	36-48 months	48-60 months
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

एक बार में गोली/सिरप लेने पर। गोले को बाला करें।



# लड़का : आयु-अनुसार- (डब्ल्यू.एच.ओ. द्वारा निर्धारित)

# वजन - जन्म से 3 साल तक विकास मानकों के अनुसार)



आंगनवाड़ी केन्द्र पर अपने बच्चे का नियमित वजन लें

### 6-12 माह

#### आहार देना



- ◆ 6 महीने बाद, थोड़ी-थोड़ी मात्रा में मुलायम, मसाले हुए अनाज, दालें, सब्जियां और फल खिलाना प्रारम्भ करें
- ◆ घीरे-घीरे आहार की मात्रा, उसका गाढ़ापन और बारंबारता बढ़ाएं
- ◆ बच्चे को भूला होने के संकेत को समझें और जली के अनुरूप उसे आहार दें
- ◆ बच्चे को रोज 4-5 बार आहार दें और स्नानपान जारी रखें

#### आप क्या कर सकते हैं

अपने बच्चे को हाथ में पकड़ने के लिए साफ और सुरक्षित तथा आवाज करने वाले वस्तुएं दें



छुपान-छुपाई जैसे खेल खेलें। बच्चों को वस्तुओं और लोगों के नाम बताएं

#### लगभग 9 महीने की आयु के अधिकतर बच्चे

खिंटाने पर उठकर बैठ सकते हैं



अगुटे और अगुलियों से भीजा उठा सकते हैं



बिना सहायता लेकर बैठ सकते हैं

#### बच्चे क्या कर सकते हैं

लगभग एक वर्ष की आयु के अधिकतर बच्चे

बिना सहायता लिए अच्छी तरह खड़े हो सकते हैं



हाथ हिला सकते हैं



पापा/मामा कह सकते हैं

**यदि बच्चा देखने में सुस्त लगे तो उसे अधिक खाना दें, उससे अधिक बार्तें करें और उससे अधिक खेलें। यदि बच्चा अभी भी सुस्त लगे तो उसे साफ्टर के पास ले जाएं**

देखभाल सुनिश्चित करें

7 8 9 10 11 2 साल

- ◆ अधिक बार स्नानपान कराएं
- ◆ अधिक मात्रा में तरल पदार्थ दें
- ◆ बतायी गई विधि से ओ.आर.एस और घुलनशील त्रिक गोलियां दें
- ◆ आहार देते रहें
- ◆ यदि दस्त बंद न हों तो बच्चे को स्वास्थ्य केन्द्र ले जाएं



#### बुखार

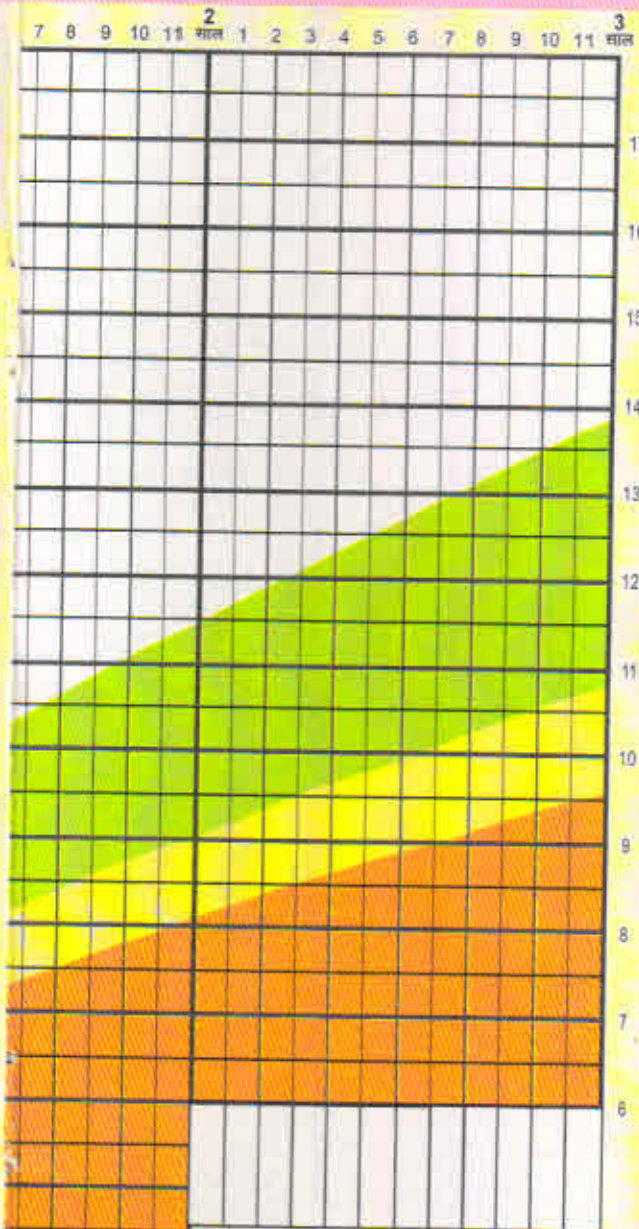
◆ यदि बुखार तेज है तो बच्चे को स्वास्थ्य केन्द्र ले जाएं



#### उग्र श्वसन संक्रमण

◆ यदि बच्चे की सांस तेज-तेज चल रही हो और/या उसे सांस लेने में तकलीफ हो तो उसे स्वास्थ्य केन्द्र ले जाएं

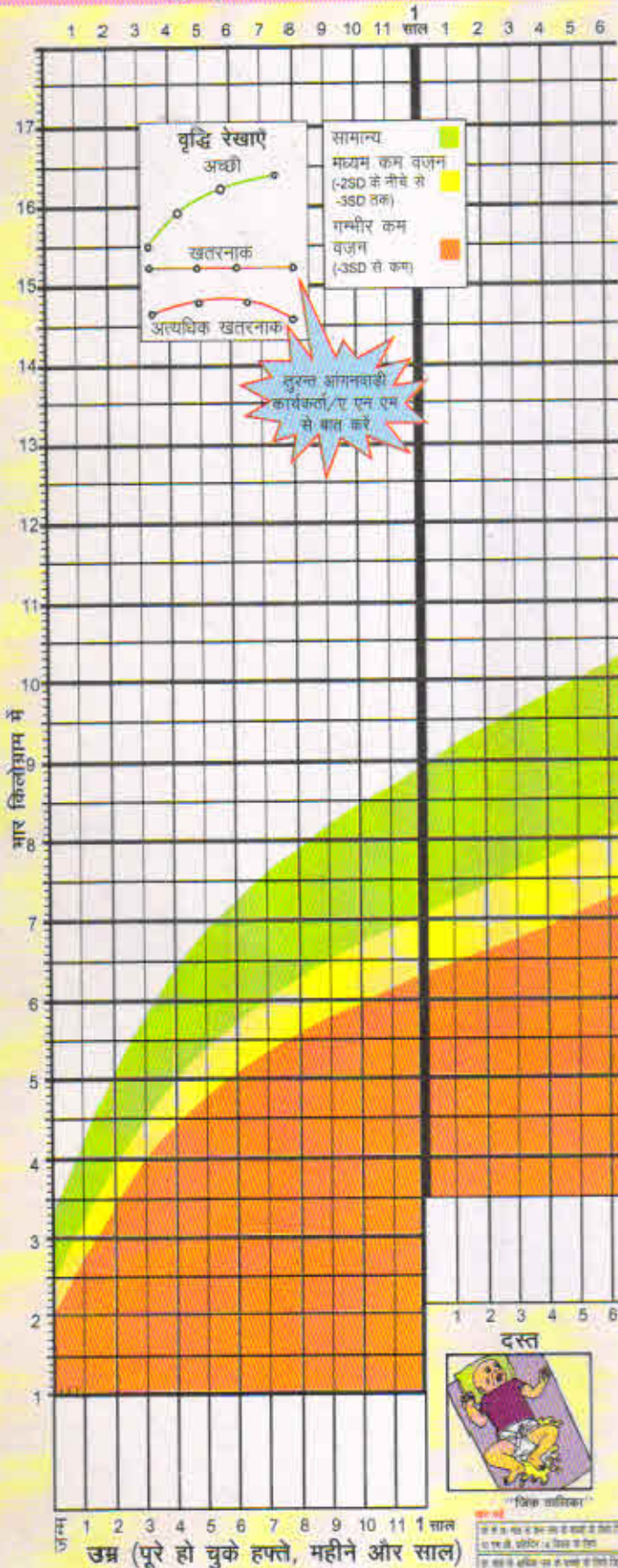
## वजन - जन्म से 3 साल तक विकास मानकों के अनुसार)



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 3 साल



## लड़की : आयु-अनुसार- (डब्ल्यू.एच.ओ. द्वारा निर्धारित)



लड़कियों के लिए समान

बच्चों को खिलाने, उनके साथ खेलने और बातें करने से उनकी वृद्धि और विकास में सहायता मिलती है

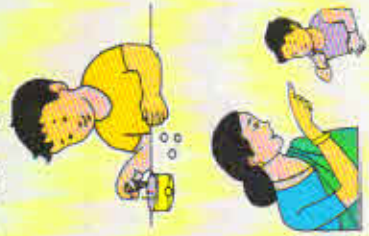
### 1 से 2 वर्ष आहार देना



- बच्चे को पारिवारिक आहार सहित अनेक प्रकार के आहार जैसे दाल/रोटी, हरी पत्तेदार सब्जियाँ और नारंगी, पीले फल दालें और दूध से बने पदार्थ देना जारी रखें
- बच्चे को दिन में कम से कम 5 बार भोजन कराएँ
- उसे अलग कटोरी में खाना खिलाएं और देखें कि बच्चा कितना आहार लेता है
- बच्चे के साथ बैठें और उसे खाना खला करने में मदद करें
- दो साल की उम्र तक स्नानपान कराएं और हो सके तो आगे भी जारी रखें

### आप क्या कर सकते हैं

बच्चे को एक जगह जमा करने और बर्तन में डालने तथा उससे निकालने के लिए वस्तुएं दें



अपने बच्चे से सरल प्रश्न पूछें। बच्चे द्वारा बात करने का प्रयास करने पर अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त करें

### लगभग 1 वर्ष की आयु के अधिकतर बच्चे

अपनी इच्छा व्यक्त कर सकते हैं



प्याले में 3 पत्थर डाल सकते हैं



अच्छी तरह चल सकते हैं

### बच्चे क्या कर सकते हैं

लगभग 1 वर्ष की आयु के अधिकतर बच्चे सहारा लेकर एक पैर से खड़े हो सकते हैं



एक और शब्द बोल सकते हैं



घर के कामों की नकल कर सकते हैं



बीमारी के दौरान भी स्नानपान जारी रखें

परिवार के लिए हमेशा आयोडीनयुक्त नमक का ही प्रयोग करें

बीमारी के बाद बच्चों को अतिरिक्त आहार की आवश्यकता होती है

## 2 से 3 वर्ष

आहार देना



- ◆ दिन में 5 बार पारिवारिक आहार देना जारी रखें
- ◆ अपने आप खाना खाने में बच्चे की सहायता करें
- ◆ खाना खाने पर नजर रखें
- ◆ खाने से पहले साबुन से हाथ धोना सुनिश्चित करें

आप क्या कर सकते हैं

वस्तुओं की गिनती करने और उनकी तुलना करने में बच्चे की सहायता करें, बच्चे के लिए सरल खिलौने बनाएं



अपने बच्चे को बात करने के लिए प्रेरित करें, बच्चे के प्रश्नों का उत्तर दें। अपने बच्चे को कहानियाँ, गाने और खेल सिखाएं

लगभग 2 1/2 वर्ष की आयु के अधिकतर बच्चे

शरीर के 4 अंगों को संकेत से बता सकते हैं



थोड़ा सा खाना गिराते हुए अपने आप खाना खा सकते हैं



एक रंग का सही-सही नाम ले सकते हैं

बच्चे क्या कर सकते हैं

लगभग 3 वर्ष की आयु के अधिकतर बच्चे

देख कर सीधी रेखा खींच सकते हैं



अपने आप अपने हाथ धो सकते हैं



4 में से 3 वस्तुओं के नाम बता सकते हैं

यदि बच्चा देखने में सुस्त लगे तो उसे अधिक खाना दें, उससे अधिक बातें करें और उससे अधिक खेलें। यदि बच्चा अभी भी सुस्त लगे तो उसे डाक्टर के पास ले जाएं

बच्चों को खिलाने, उनके साथ खेलने और बातें करने से उनकी वृद्धि और विकास में सहायता मिलती है

## 0-6 माह

आहार देना



- ◆ जन्म के तुरन्त बाद स्नानपान प्रारम्भ कर दें - एक घंटे के अन्दर
- ◆ 6 महीने तक केवल स्नानपान कराएं। कोई अन्य खाद्य पदार्थ, पेय पदार्थ, यहाँ तक कि पानी भी न दें
- ◆ बच्चा जितनी बार चाहे उतनी बार स्नानपान कराएं
- ◆ दिन और रात में स्नानपान कराएं

## 0-3 माह

आप क्या कर सकते हैं

अपने बच्चे को देखकर मुकराएं, बच्चे की आँखों में देखें और उससे बातें करें



बच्चे क्या कर सकते हैं

लगभग 3 महीने की आयु के अधिकतर बच्चे जवान में मुकुराते हैं



रिवन वो की ओर रुख करते हैं



आवाजें निकालना प्रारम्भ कर देते हैं



बच्चे को देखने, सुनने, महसूस करने और चलने के अवसर प्रदान करें

## 3-6 माह

आप क्या कर सकते हैं

बच्चे को बड़ी और रंग विरंगी वस्तुएं दें जिन्हें वह देखे और पकड़ने के लिए हाथ बढ़ाए



बच्चे से बातें करें और अपनी प्रतिक्रिया व्यक्त करें। आवाज अथवा हावभाव से बातचीत जारी रखें

बच्चे क्या कर सकते हैं

लगभग 6 महीने की आयु के अधिकतर बच्चे मोद में सीमा पकड़ने पर अपने शिर को स्थिर रखते हैं



चीजों को पकड़ने के लिए हाथ बढ़ाते हैं

# नियमित टीकाकरण काउंटर फॉयल (RI Counterfoil)

ANM / ASHA / AWW के लिए

## छूटी हुई डोज की ट्रैकिंग (Missed Dose Tracking)

छूटी हुई वैक्सीन का नाम व डोज <small>(Name &amp; dose of missed vaccine)</small>	छूटी हुई वैक्सीन डोज की तिथि <small>(Date of vaccine dose missed)</small>	वैक्सीन डोज छूटने का कारण <small>(Reason why vaccine dose missed)</small>	छूटी हुई डोज हेतु अगले सत्र की तिथि <small>(Date of next session for missed dose)</small>	ANM के हस्ताक्षर <small>(ANM Sign)</small>

## आशा इन्सेंटिव ट्रैकिंग (ASHA Incentive Tracking)

पूर्ण टीकाकरण (Full Immunization)  
पूरा होने की तिथि: / /

इन्सेंटिव प्राप्त हुआ ? हाँ / नहीं  
यदि हाँ, तो प्राप्त करने की तिथि: / /

संपूर्ण टीकाकरण (Complete Immunization)  
पूरा होने की तिथि: / /

इन्सेंटिव प्राप्त हुआ ? हाँ / नहीं  
यदि हाँ, तो प्राप्त करने की तिथि: / /

MCTS कोड (ID)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ऑगनवासी कार्यकर्ता नाम एवं हस्ताक्षर



आशा नाम एवं हस्ताक्षर

# नियमित टीकाकरण काउंटर फॉयल (RI Counterfoil)

ANM / ASHA / AWW के लिए

शिशु का नाम \_\_\_\_\_ जन्म तारीख: / /

पिता / माता का नाम \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_

फोन \_\_\_\_\_

जन्म (At Birth)  
\*जन्म के 24 घंटे के भीतर संस्थागत प्रसंग के लिए

BCG	OPV 0 खुराक	Hep B थर्थ डोज
-----	----------------	-------------------

1 1/2 माह OPV-1	2 1/2 माह OPV-2	3 1/2 माह OPV-3
--------------------	--------------------	--------------------

FIPV		FIPV
------	--	------

Penta-1 (DPT+HepB+HIB)	Penta-2 (DPT+HepB+HIB)	Penta-3 (DPT+HepB+HIB)
---------------------------	---------------------------	---------------------------

9 माह Measles-1/ MR-1	16-24 माह Measles-2/ MR-2
-----------------------------	---------------------------------

विटामिन-A 1	विटामिन-A 2	16-24 माह OPV बूस्टर
-------------	-------------	----------------------------

JE-1	JE-2	DPT पहला बूस्टर
------	------	--------------------

5-6 वर्ष DPT 2 दूसरा बूस्टर	10 वर्ष TT 1	16 वर्ष TT 2
-----------------------------------	-----------------	-----------------

विटामिन A (24-60 माह)			
24 माह विटामिन-A 3	30 माह विटामिन-A 4	36 माह विटामिन-A 5	42 माह विटामिन-A 6

48 माह विटामिन-A 7	54 माह विटामिन-A 8	60 माह विटामिन-A 9	
-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

