حاملہ/زچہ کا صحت کارڈ

لیڈی ہیلتھ ورکر کا نام

لیڈی ہیلتھ ورکر کا رجسٹریشن نمبر

مرکز صحت/سینٹر کا نام

ماں کی بنیادی معلومات

انفرادی نمبر ____/____/____ (سیریل/زچگی کا متوقع مہینہ/زچگی کا متوقع سال)

حاملہ کا نام

خاوند کا نام

پتہ/گاؤں کا نام

خاندان نمبر

کل زچگیوں کی تعداد

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

کل حمل کی تعداد _____ کل زندہ بچے _____

سب سے چھوٹے بچے کی عمر 2 سال سے کم _____ نہیں ☐ ہاں ☐

حاملہ کی عمر _____ 25 سال سے زیادہ ☐ 18 سال سے کم ☐

قد _____ فٹ _____ انچ 4 فٹ 6 انچ سے زیادہ ☐ 4 فٹ 6 انچ سے کم ☐

وزن _____ 40 کلو سے زیادہ ☐ 40 کلو سے کم ☐

خون کا گروپ _____ آر ایچ پازیٹو ☐ آر ایچ نیگیٹو ☐

TT انجکشن ☐ ☐

تاریخ.....

موجودہ اور گزشتہ صحت کی معلومات

کوئی دائمی بیماری ☐ نہیں ☐ ہاں
تفصیل

کیا ماں کوئی دوائیاں استعمال کر رہی ہے ☐ نہیں ☐ ہاں
تفصیل

گزشتہ حمل اور زچگیوں کی معلومات

پہلے کوئی حمل ضائع ہوا	نہیں	ہاں
پہلے کسی مردہ بچے کی پیدائش	نہیں	ہاں
پہلے کوئی لمبے دورانیے کی زچگی	نہیں	ہاں
حمل کے دوران بلڈ پریشر کی بیماری یا جھٹکے	نہیں	ہاں
پہلے کسی بچے کی پیدائش کیلئے آپریشن	نہیں	ہاں
پہلے کسی زچگی کے فوراً بعد زیادہ خون کا اخراج	نہیں	ہاں

موجودہ حمل

زچگی کی متوقع تاریخ

آخری ماہواری کی تاریخ	پہلے تین ماہ	4	5	6	7	8	9	10
حمل کا دورانیہ	پہلے چار ہفتے	18	22	37	31	36	40	44
تاریخ معائنہ								
تکالیف/شکایات								
انیمیا / خون کی کمی	نہیں ہے / موجود ہے							
سوجن	نہیں ہے / موجود ہے							
بچے کی حرکت	محسوس ہوتی ہے / نہیں محسوس ہوتی							
شرمگاہ سے خون آنا	نہیں / ہاں							
شرمگاہ سے بدبودار مائع کا اخراج	نہیں / ہاں							
چھاتیوں کی کوئی تکلیف (''تکالیف'' میں تفصیل لکھیں)	نہیں ہے / موجود ہے							
فولاد کی گولیوں کے متعلق ہدایات								
وزن	نارمل / زیادہ/کم							
خون کا دباؤ/ بلڈ پریشر	140.00 سے کم / 140.00 سے زیادہ							
بچے کے دل کی دھڑکن	موجود ہے / نہیں ہے							
رحم کی اونچائی	ہفتے یا سینٹی میٹر میں لکھیں							
بچے کا رخ	(سر کے بل) سیدھا / آڑا/ترچھا/الٹا							
پیشاب کا معائنہ	نارمل / شوگر کی موجودگی / پروٹین کی موجودگی							
ہیموگلوبن	سے زیادہ / سے کم							

زچگی کی جگہ کیلئے مشورہ: گھر ☐ مرکز صحت ☐ ہسپتال ☐

ایمرجنسی کی حالت میں گاڑی کا انتظام: ہاں ☐ نہیں ☐

دردزہ اور زچگی کی معلومات

درد کا دورانیہ: 12 گھنٹے سے کم ☐ 12 گھنٹے سے زیادہ ☐

تاریخ پیدائش: (سال) _____ (ماہ) _____ (دن) _____

پیدائش کی جگہ: گھر ☐ مرکز صحت ☐ ہسپتال ☐

پیدائش کس نے کروائی: ہنرمند فرد نے ☐ غیر ہنرمند فرد نے ☐

پیدائش کے وقت بچے کی پوزیشن: نارمل ☐ ہاں ☐ نہیں ☐

پیدائش کا طریقہ: نارمل ☐ اوزار کی مدد سے ☐ آپریشن سے ☐

فوری چیک لسٹ برائے زچہ (زچگی کے پہلے 2 گھنٹے کے اندر)

ماں زندہ ہے: ہاں ☐ نہیں ☐

بچے کی پیدائش: زندہ ☐ مردہ ☐

آنول (Plocenta) کا اندر رہ جانا: نہیں ☐ ہاں ☐

بلڈ پریشر: نارمل ☐ زیادہ/کم ☐

شاک کی علامات (کپکپاہٹ، سردی لگنا، دل گھبرانا): نہیں ☐ ہاں ☐

غنودگی/بے ہوشی: نہیں ☐ ہاں ☐

نبض (فی منٹ): 100 سے کم ☐ 100 سے زیادہ ☐

سانس کی رفتار: نارمل ☐ زیادہ/کم ☐

شرمگاہ سے خون کا زیادہ اخراج: نہیں ☐ ہاں ☐

سینے/پیٹ کے نچلے حصے/پرینیم میں شدید درد: نہیں ☐ ہاں ☐

درجہ حرارت (ڈگری فارن ہائیٹ): نارمل ☐ زیادہ ☐

ماں کا دودھ فوراً شروع کیا: ہاں ☐ نہیں ☐