

नाम :

आई डी न0 :

पता :

सीमा क्षेत्र :

(भौगोलिक सीमा और अनुमानित
जनसंख्या के साथ विवरण दीजिए)

क्षेत्र की ए.एन.एम. :

चिकित्सा अधिकारी

का नाम :

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम :

यूनिट मेडिकल

अधिकारी का नाम :

जिला :

हस्ताक्षर
(ए.एन.एम.)

हस्ताक्षर
(आशा)

S. No. क्रम संख्या		परिवार स्वास्थ्य सूचना फार्म				Marginalised Family अति वंचित परिवार	
<input type="text"/>		आशा क्षेत्र कोड: <input type="text"/>				हां: <input type="text"/> नहीं <input type="text"/>	
आशा का नाम <input type="text"/>		ए.एन.एम. का नाम: <input type="text"/>		तिथि	मास	वर्ष	
1.क	परिवार के मुखिया का नाम <input type="text"/>		लिंग: स्त्री/पुरुष	आयु (वर्ष में) <input type="text"/>			
1.ख	परिवार के मुखिया की शैक्षिक योग्यता : कुछ नहीं/शिक्षित/प्राथमिक/माध्यमिक/उच्चतर माध्यमिक/स्नातक/स्नातकोत्तर						
ग.	मुखिया का व्यवसाय : गैरसरकारी/सरकारी/व्यक्तिगत रोजगार/देहाड़ी मजदूर/ कुछ नहीं						
घ.	मुखिया का धर्म: हिन्दू / सिक्ख / मुसलमान / ईसाई / अन्य <input type="text"/>						
ङ	घर का पता <input type="text"/>						
च.	पिन कोड : <input type="text"/>		टेलीफोन : <input type="text"/>	मोबाइल : <input type="text"/>			
छ.	वर्ग:- सामान्य/अनुसूचित जाति/जनजाति /अन्य पिछड़ा वर्ग			बी.पी.एल./ अन्तोदय/ए.पी.एल./कोई कार्ड नहीं			
ज.	परिवार के कुल सदस्य (संख्या) <input type="text"/>		पुरुष <input type="text"/>	स्त्री <input type="text"/>			
ण.	परिवार में एक वर्ष से कम आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="text"/> स्त्री <input type="text"/>		10 वर्ष से 19 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="text"/> स्त्री <input type="text"/>				
	1 वर्ष से <6 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="text"/> स्त्री <input type="text"/>		19 वर्ष से 60 वर्ष तक की आयु के सदस्यों की संख्या पुरुष <input type="text"/> स्त्री <input type="text"/>				
	6 वर्ष से <10 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="text"/> स्त्री <input type="text"/>		60 वर्ष से अधिक आयु के सदस्यों की संख्या पुरुष <input type="text"/> स्त्री <input type="text"/>				
झ.	परिवार में कमाने वाले सदस्यों की संख्या <input type="text"/>		परिवार की मासिक आय <input type="text"/>				
ञ.	मकान: निजी/किराये का/सरकारी		घर का प्रकार: (पक्का/आधा पक्का/कच्चा/झुग्गी/घर नहीं)				
ट.	घर के कमरों की संख्या <input type="text"/>		क्या रसोई अलग है हाँ/नहीं				
ठ.	पीने के पानी का स्रोत : सरकारी टूटी/हैन्ड पम्प/टैंकर /अन्य <input type="text"/>						
ड.	क्या घर में शौचालय है: नहीं / निजी / सामुदायिक शौचालय / खुले में						
ढ.	घर के बाहर की नालियां : ढकी/खुली/अवरुद्ध कूड़े का निपटारा: जमादार द्वारा/खुले में/अन्य						
त.	पिछले एक वर्ष में आंगनवाड़ी में प्राप्त की गई सेवाएं : खाद्य सामग्री/पाठशाला पूर्व शिक्षा/टीकाकरण/गर्भवती महिला की जाँच/बच्चे का नियमित वजन/कुछ नहीं						
2.क.	क्या पिछले एक वर्ष में परिवार में कोई विवाह हुआ:				हाँ/नहीं		
ख.	यदि हाँ तो विवाह के समय की आयु (वर्ष में): युवक <input type="text"/>		युवती <input type="text"/>				
3.क.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी महिला का प्रसव हुआ है? हाँ/नहीं		यदि हाँ तो: संस्थागत/घर में				
ख.	प्रसव का परिणाम : स्वस्थ लड़का/स्वस्थ लड़की/मृत शिशु						
ग.	यदि घर पर तो क्या प्रसवोपरांत आशा ने एक सप्ताह के भीतर घर पर आकर जाँच की : हाँ/नहीं						
घ.	क्या नवजात शिशु का वजन: सामान्य (2.5कि.ग्र और उस से उपर) था/सामान्य से कम था (यदि कम है तो, फोलोअप के लिए उस शिशु की जानकारी अपनी डायरी में दर्ज करें।)						
4.	क्या परिवार में 5 वर्ष से कम आयु का कोई बालक है जिसका शारीरिक व मानसिक विकास सामान्य नहीं है: हाँ/नहीं यदि हाँ तो उसकी जानकारी अपनी डायरी में दर्ज करें।						
5.क.	क्या घर में कोई गर्भवती महिला है: हाँ/नहीं यदि हाँ तो विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।						

6.क.	क्या पिछले एक वर्ष में गर्भावस्था/प्रसूति/प्रसवोपरांत (42 दिन के भीतर) किसी महिला की मृत्यु हुई है :हाँ/नहीं मृत्यु के समय महिला की उम्र : वर्ष <input type="text"/> मृत्यु का कारण : _____						
ख.	मृत्यु का स्थान : घर/स्वास्थ्य केन्द्र/अस्पताल : _____						
ग.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी बालक/बालिका (0-5 वर्ष) की मृत्यु हुई है? हाँ/नहीं						
घ.	मृत्यु के समय बालक की उम्र : वर्ष <input type="text"/> महीने <input type="text"/> दिन <input type="text"/> मृत्यु का स्थान : घर/स्वास्थ्य केन्द्र/अस्पताल						
ङ	मृत्यु का कारण : _____						
7.क.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी महिला का गर्भपात हुआ है। हाँ/नहीं						
ख.	यदि हाँ तो गर्भ की अवधि (सप्ताह) <input type="text"/> <input type="text"/> गर्भपात : स्वतः हुआ / करवाया गया						
ग.	गर्भपात का स्थान (अस्पताल/संस्था) सरकारी/प्राइवेट			गर्भपात के पश्चात कोई जटिलता : हाँ/नहीं			
घ.	गर्भपात कराने का कारण : _____						
8.क.	पिछले तीन महीने में परिवार में किसी को निम्नलिखित में से कोई बीमारी हुई?						
	निमोनिया	दस्त	खसरा	लम्बा बुखार (>2 सप्ताह)	पीलिया	मलेरिया	अन्य
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ख.	दस्त होने पर क्या ए.एन.एम/अन्य द्वारा ओ. आर. एस उपलब्ध कराया गया : हाँ/नहीं						
ग.	क्या घर में किसी को टी बी हुई है ? हाँ/नहीं						
घ.	टीबी का इलाज चल रहा है/पूरा हो गया/शुरु नहीं हुआ/बीच में छोड़ दिया						
ङ	यदि अभी इलाज चल रहा है तो फोलोअप के लिए, विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।						
9.क.	क्या परिवार में कोई सदस्य इनसे ग्रस्त है : उच्च रक्तचाप/मधुमेह/दमा/कैंसर/हृदय रोग/ लकवा/मोतियाबिंद/अन्य						
10.	क्या परिवार में कोई मदिरापान करता है: हाँ/नहीं क्या परिवार में कोई धूम्रपान करता है? हाँ/नहीं क्या परिवार में कोई इनका सेवन करता है : पान मसाला/तम्बाकू/गुटका/नशे की गोलियाँ/अन्य _____						
11.	कुल दम्पति जिन्हें परिवार नियोजन की आवश्यकता है (19 वर्ष से 45 वर्ष की विवाहित महिलाएँ) <input type="text"/> <input type="text"/> (परिवार नियोजन के लिए उपयुक्त दम्पति का ब्यौरा डायरी में दर्ज करें।)						
12.	क्या महिला ने पिछले एक वर्ष में आपातकालीन गर्भ निरोधक का इस्तेमाल किया है: नहीं/यदि हाँ तो कितनी बार <input type="text"/> <input type="text"/>						
13.	परिवार में मोतियाबिंद/अन्य अन्धेपन से ग्रस्त व्यक्ति : संख्या- <input type="text"/> विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।						
14.	क्या परिवार में कोई विकलांगता से ग्रस्त सदस्य है :हाँ/नहीं यदी हाँ तो विकलांगता का प्रकार: शारीरिक/मानसिक/अंधापन/पोलियो उपरांत अपंगता/अन्य						
15.क.	बीमारी के समय इलाज के लिए कहाँ जाते हैं? : सरकारी/प्राइवेट/झोलाछाप/झाड़फूंक वाला/अन्य : _____						
ख.	यदि सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं का लाभ नहीं लिया जाता, तो कारण : स्वास्थ्य केन्द्र का दूर होना/केन्द्र में लम्बी कतार होना/स्वास्थ्य कर्मचारियों का बर्ताव/दवाईयों का न मिलना/जाँच न होना पिछले एक वर्ष में बीमारी पर खर्चा (डॉक्टर की फीस, दवाईयां, वाहन, भोजन इत्यादि) रु. _____						
16.क.	क्या आपको सरकार की इन योजनाओं की जानकारी है : जननी सुरक्षा योजना : हाँ/नहीं (ख). जननी एवं शिशु सुरक्षा कार्यक्रम :हाँ/नहीं						
ग.	CATs एम्बूलेन्स के नम्बर की जानकारी : नम्बर सही बताया/गलत बताया/CATs एम्बूलेन्स की जानकारी नहीं है।						
17.	क्या परिवार जानता है कि जन्म पूर्व लिंग जाँच एक दण्डनीय अपराध है : हाँ/नहीं						
18.	टीकाकरण हेतु सभी बालकों की जानकारी डायरी में दर्ज करें।						

छः माह के बाद पुनःसर्वेक्षण

तिथि: _____

ए.एन.एम. का नाम: _____

1.क.	परिवार के कुल सदस्य (संख्या) <input type="text"/>	पुरुष <input type="text"/>	स्त्री <input type="text"/>
ख.	परिवार में एक वर्ष से कम आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 1 वर्ष से < 6 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 6 वर्ष से < 10 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	10 वर्ष से 19 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 19 वर्ष से 60 वर्ष तक की आयु के सदस्यों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 60 वर्ष से अधिक आयु के सदस्यों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
ग.	पीने के पानी का स्रोत : सरकारी टूटी/हैन्ड पम्प/टैंकर /अन्य		
घ.	क्या पिछले एक वर्ष में परिवार में कोई विवाह हुआ: हाँ/नहीं	यदि हाँ तो युवक की आयु <input type="text"/>	युवती की आयु <input type="text"/>
2.क.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी महिला का प्रसव हुआ है? हाँ/नहीं यदि हाँ तो: संस्थागत/घर में		
ख.	प्रसव का परिणाम : स्वस्थ लड़का/स्वस्थ लड़की/मृत शिशु		
ग.	यदि घर पर तो क्या प्रसवोपरांत आशा ने एक सप्ताह के भीतर घर पर आकर जाँच की : हाँ/नहीं		
घ.	नवजात शिशु का वज़न: सामान्य (2.5कि.ग्र और उस से उपर)/यदि सामान्य से कम है तो (जानकारी डायरी में दर्ज करें)		
3.क.	क्या पिछले एक वर्ष में गर्भावस्था/प्रसूति/प्रसवोपरांत (42 दिन के भीतर) किसी महिला की मृत्यु हुई है :हाँ/नहीं मृत्यु के समय महिला की उम्र : वर्ष <input type="text"/> मृत्यु का कारण : _____		
ख.	मृत्यु का स्थान : घर/स्वास्थ्य केन्द्र/अस्पताल : _____		
ग.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी बालक/बालिका (0-5 वर्ष) की मृत्यु हुई है? हाँ/नहीं		
घ.	मृत्यु के समय बालक की उम्र : वर्ष <input type="text"/> महीने <input type="text"/> दिन <input type="text"/> मृत्यु का स्थान : घर/स्वास्थ्य केन्द्र/अस्पताल		
ङ.	मृत्यु का कारण : _____		
4.क.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी महिला का गर्भपात हुआ है। हाँ/नहीं		
ख.	यदि हाँ तो गर्भ की अवधि (सप्ताह) <input type="text"/> गर्भपात : स्वतः हुआ / करवाया गया		
ग.	गर्भपात का स्थान (अस्पताल/संस्था) सरकारी/प्राइवेट		गर्भपात के पश्चात कोई जटिलता : हाँ/नहीं
घ.	गर्भपात कराने का कारण : _____		
5.क.	पिछले तीन महीने में परिवार में किसी को निम्नलिखित में से कोई बीमारी हुई?		
ख.	निमोनिया <input type="checkbox"/>	दस्त <input type="checkbox"/>	खसरा <input type="checkbox"/> लम्बा बुखार (>2 सप्ताह) <input type="checkbox"/> पीलिया <input type="checkbox"/> मलेरिया <input type="checkbox"/> अन्य <input type="text"/>
ग.	दस्त होने पर क्या ए.एन.एम./अन्य द्वारा ओ. आर. एस उपलब्ध कराया गया : हाँ/नहीं		
घ.	क्या घर में किसी को टी बी हुई है ? हाँ/नहीं टीबी का इलाज चल रहा है/पूरा हो गया/शुरु नहीं हुआ/बीच में छोड़ दिया		
ङ.	यदि अभी इलाज चल रहा है तो फोलोअप के लिए, विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।		
6.क.	क्या परिवार में कोई सदस्य इनसे ग्रस्त है : उच्च रक्तचाप/मधुमेह/दमा/कैंसर/हृदय रोग/ लकवा/मोतियाबिंद/अन्य		
7.	क्या परिवार में कोई मदिरापान करता है: हाँ/नहीं क्या परिवार में कोई धूम्रपान करता है? हाँ/नहीं		
8.	क्या परिवार में कोई इनका सेवन करता है : पान मसाला/तम्बाकू/गुटका/नशे की गोलियाँ/अन्य _____		
9.	कुल दम्पति जिन्हें परिवार नियोजन की आवश्यकता है (19 वर्ष से 45 वर्ष की विवाहित महिलाएँ) <input type="text"/>		
	(परिवार नियोजन के लिए उपयुक्त दम्पति का ब्यौरा डायरी में दर्ज करें।)		
10.	क्या महिला ने पिछले एक वर्ष में आपातकालीन गर्भ निरोधक गोलियों का इस्तेमाल किया है: नहीं/यदि हाँ तो कितनी बार <input type="text"/>		
11.	परिवार में मोतियाबिंद/अन्य अन्धेपन से ग्रस्त व्यक्ति : संख्या- <input type="text"/> विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।		
12.	क्या परिवार में कोई विकलांगता से ग्रस्त सदस्य है :हाँ/नहीं यदी हाँ तो विकलांगता का प्रकार: शारीरिक/मानसिक/अंधापन/पोलियो उपरांत अपंगता/अन्य		
13.	टीकाकरण हेतु सभी बालकों की जानकारी डायरी में दर्ज करें।		

छः माह के बाद पुनःसर्वेक्षण

तिथि: _____

ए.एन.एम. का नाम: _____

1.क.	परिवार के कुल सदस्य (संख्या) <input type="text"/>	पुरुष <input type="text"/>	स्त्री <input type="text"/>
ख.	परिवार में एक वर्ष से कम आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 1 वर्ष से < 6 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 6 वर्ष से < 10 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	10 वर्ष से 19 वर्ष की आयु के बच्चों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 19 वर्ष से 60 वर्ष तक की आयु के सदस्यों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> 60 वर्ष से अधिक आयु के सदस्यों की संख्या पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
ग.	पीने के पानी का स्रोत : सरकारी टूटी/हैन्ड पम्प/टैंकर /अन्य		
घ.	क्या पिछले एक वर्ष में परिवार में कोई विवाह हुआ: हाँ/नहीं	यदि हाँ तो युवक की आयु <input type="text"/>	युवती की आयु <input type="text"/>
2.क.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी महिला का प्रसव हुआ है? हाँ/नहीं यदि हाँ तो: संस्थागत/घर में		
ख.	प्रसव का परिणाम : स्वस्थ लड़का/स्वस्थ लड़की/मृत शिशु		
ग.	यदि घर पर तो क्या प्रसवोपरांत आशा ने एक सप्ताह के भीतर घर पर आकर जाँच की : हाँ/नहीं		
घ.	नवजात शिशु का वज़न: सामान्य (2.5कि.ग्र और उस से उपर)/यदि सामान्य से कम है तो (जानकारी डायरी में दर्ज करें)		
3.क.	क्या पिछले एक वर्ष में गर्भावस्था/प्रसूति/प्रसवोपरांत (42 दिन के भीतर) किसी महिला की मृत्यु हुई है :हाँ/नहीं मृत्यु के समय महिला की उम्र : वर्ष <input type="text"/> मृत्यु का कारण : _____		
ख.	मृत्यु का स्थान : घर/स्वास्थ्य केन्द्र/अस्पताल : _____		
ग.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी बालक/बालिका (0-5 वर्ष) की मृत्यु हुई है? हाँ/नहीं		
घ.	मृत्यु के समय बालक की उम्र : वर्ष <input type="text"/> महीने <input type="text"/> दिन <input type="text"/> मृत्यु का स्थान : घर/स्वास्थ्य केन्द्र/अस्पताल		
ङ.	मृत्यु का कारण : _____		
4.क.	क्या पिछले एक वर्ष में किसी महिला का गर्भपात हुआ है। हाँ/नहीं		
ख.	यदि हाँ तो गर्भ की अवधि (सप्ताह) <input type="text"/> गर्भपात : स्वतः हुआ / करवाया गया		
ग.	गर्भपात का स्थान (अस्पताल/संस्था) सरकारी/प्राइवेट		गर्भपात के पश्चात कोई जटिलता : हाँ/नहीं
घ.	गर्भपात कराने का कारण : _____		
5.क.	पिछले तीन महीने में परिवार में किसी को निम्नलिखित में से कोई बीमारी हुई?		
ख.	निमोनिया <input type="checkbox"/>	दस्त <input type="checkbox"/>	खसरा <input type="checkbox"/> लम्बा बुखार (>2 सप्ताह) <input type="checkbox"/> पीलिया <input type="checkbox"/> मलेरिया <input type="checkbox"/> अन्य <input type="text"/>
ग.	दस्त होने पर क्या ए.एन.एम./अन्य द्वारा ओ. आर. एस उपलब्ध कराया गया : हाँ/नहीं		
घ.	क्या घर में किसी को टी बी हुई है ? हाँ/नहीं टीबी का इलाज चल रहा है/पूरा हो गया/शुरु नहीं हुआ/बीच में छोड़ दिया		
ङ.	यदि अभी इलाज चल रहा है तो फोलोअप के लिए, विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।		
6.क.	क्या परिवार में कोई सदस्य इनसे ग्रस्त है : उच्च रक्तचाप/मधुमेह/दमा/कैंसर/हृदय रोग/ लकवा/मोतियाबिंद/अन्य		
7.	क्या परिवार में कोई मदिरापान करता है: हाँ/नहीं क्या परिवार में कोई धूम्रपान करता है? हाँ/नहीं		
8.	क्या परिवार में कोई इनका सेवन करता है : पान मसाला/तम्बाकू/गुटका/नशे की गोलियाँ/अन्य _____		
9.	कुल दम्पति जिन्हें परिवार नियोजन की आवश्यकता है (19 वर्ष से 45 वर्ष की विवाहित महिलाएँ) <input type="text"/>		
	(परिवार नियोजन के लिए उपयुक्त दम्पति का ब्यौरा डायरी में दर्ज करें।)		
10.	क्या महिला ने पिछले एक वर्ष में आपातकालीन गर्भ निरोधक गोलियों का इस्तेमाल किया है: नहीं/यदि हाँ तो कितनी बार <input type="text"/>		
11.	परिवार में मोतियाबिंद/अन्य अन्धेपन से ग्रस्त व्यक्ति : संख्या- <input type="text"/> विस्तृत जानकारी डायरी में दर्ज करें।		
12.	क्या परिवार में कोई विकलांगता से ग्रस्त सदस्य है :हाँ/नहीं यदी हाँ तो विकलांगता का प्रकार: शारीरिक/मानसिक/अंधापन/पोलियो उपरांत अपंगता/अन्य		
13.	टीकाकरण हेतु सभी बालकों की जानकारी डायरी में दर्ज करें।		