

खोप पश्चात भएका अबाञ्छित घटना (ए.ई.एफ.आई.) को विवरण

खोपको नाम	लिएको मिति	मुख्य लक्षण	कैफियत

अभियानमा लगाएको खोपको विवरण

खोपको नाम	लिएको मिति (ग/म/सा)

अभियानमा वर्षको २ पटक भिटामिन ए क्यापसुल र जुकाको औषधी खुवाएको विवरण

पटक	खुवाएको मिति	पटक	खुवाएको मिति	पटक	खुवाएको मिति
पहिलो		दोश्रो		तेश्रो	
चौथो		पाँचौं		छैटौं	
सातौं		आठौं		नवौं	
दशौं	नोट: बच्चा ६ महिना पुग्ने बित्तिकै भिटामिन ए खुवाउँ				

बच्चाको स्तनपान बारे जानकारी

शिशुलाई जन्मेको १ घण्टा भित्र स्तनपान शुरु गरेको						
बच्चालाई आमाको दुध मात्र खुवाएको	१ महिना	२ महिना	३ महिना	४ महिना	५ महिना	६ महिना
बच्चालाई आमाको दुधको साथै पोषिलो खाना खुवाउनु शुरु गरेको	६ महिना भन्दा अघि		६ महिनामा		६ महिना भन्दा पछि	

बालभिट्टा खुवाएको मिति (ग/म/सा)

पहिलो	/	/	दोश्रो	/	/	तेश्रो	/	/

शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण सम्बन्धी विवरण

बच्चाको उमेर महिनामा					
	अन्न, आलु, कन्दमूल आदि	दाल गेडागुडी आदि	हरियो सागपात तरकारी मासम अनुसारका फलफूल आदि	दूध तथा दूधका परिकार, अण्डा, माछा मासु, कलेजी आदि	
	पटक	पटक	पटक	पटक	पटक



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग
स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली

HMIS-2.1

बाल स्वास्थ्य कार्ड

मूल दर्ता नं. गाउँघर क्लिनिक दर्ता नं.
खोप सेवा दर्ता नं. पोषण सेवा दर्ता नं.
नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन सेवा दर्ता नं.

बच्चाको नाम थर: लिंग: महिला / पुरुष
जन्म मिति:/...../..... (ग/म/सा) जन्मदाको तौल: ग्राम
आमाको नाम: बुवाको नाम:
ठेगाना: जिल्ला..... न.पा. / गा.पा..... वार्ड नं.....
गाउँ/टोल:..... स्वास्थ्य संस्थाको नाम:.....
स्वास्थ्यकर्मीको नाम:..... सम्पर्क नं.
कार्ड जारी गरेको मिति:/...../..... (ग/म/सा)

नवजात शिशु तथा बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन

स्वास्थ्य समस्या	मिति	व्यवस्थापन	कैफियत
२२ महिना			
२ देखि ५९ महिनासम्म			

यो कार्ड सुरक्षित राख्नु होला र हरेक पटक बच्चालाई स्वास्थ्य सँस्थामा लिएर आउँदा अनिवार्य यो कार्ड पनि ल्याउनु होला ।

खोप लगाएको विवरण

खोपको नाम	जन्मिने बिस्तिकै	६ हप्ता	१० हप्ता	१४ हप्ता	९ महिना	१२ महिना	१५ महिना
बी.सी.जी.	/ /						
रोटा		/ /	/ /	/ /			
ओ.पी.भी.		/ /	/ /	/ /			
एफ.आई. पी.भी.		/ /	/ /	/ /	/ /		
डी.पि.टि- हेप.बि-हिब		/ /	/ /	/ /			
दाबुरा रुबेला					/ /	/ /	/ /
जे.इ.						/ /	
टि.सि.भि.						/ /	/ /
अन्य						/ /	/ /
.....						/ /	/ /
.....						/ /	/ /

अर्को पटक खोप लगाउन आउने मिति (गते/महिना/साल)

१ / /
 २ / /
 ३ / /
४ / /
 ५ / /
 ६ / /
७ / /

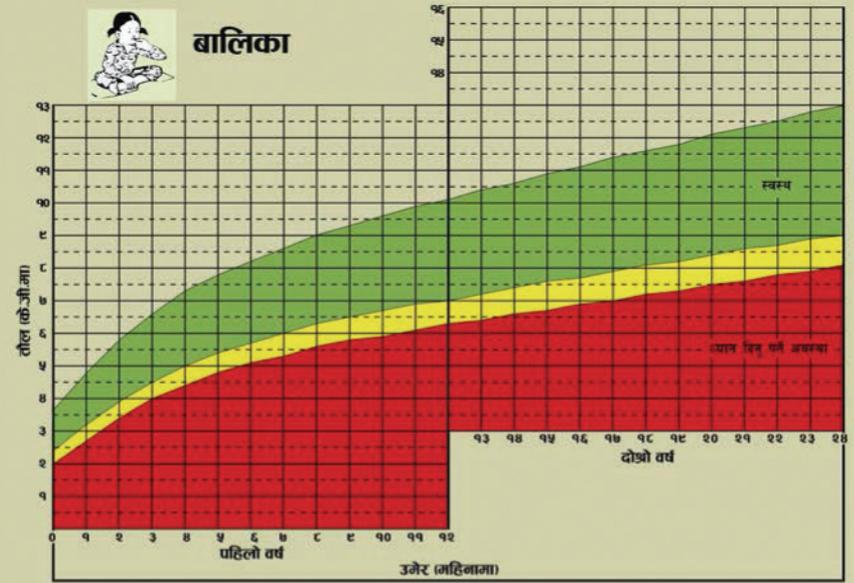
खोपको पूरा मात्रा लगाएको प्रमाणित गर्ने

स्वास्थ्यकर्मीको नाम: दस्ताखत/मिति:

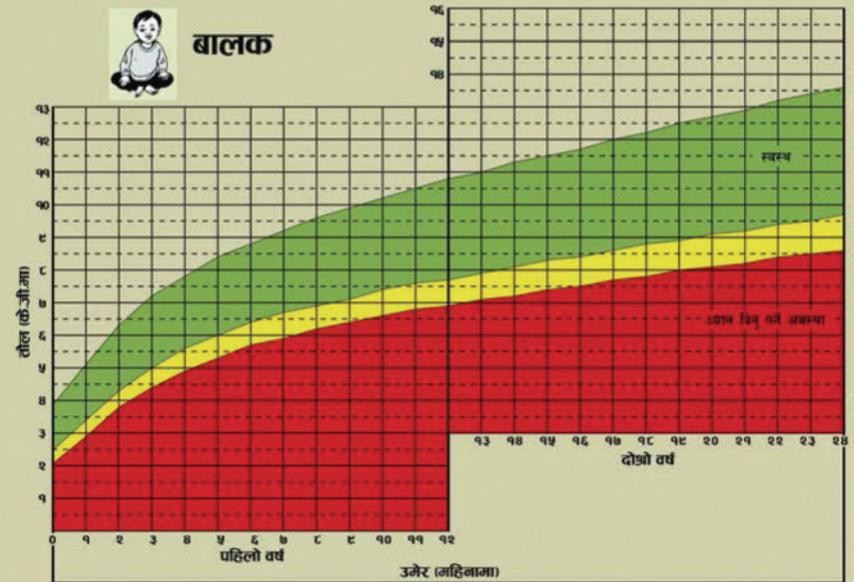
उमेर अनुसार बृद्धि अनुगमन चार्ट



बालिका



बालक



दुई वर्ष मुनिका बच्चाको बृद्धि अनुगमन हरेक महिना गराउनुहोस् ।
बच्चा विरामी भएमा स्वास्थ्य संस्थामा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

पोषण स्थिति
 रातो **अति जोखिम**
 पहिलो **जोखिम**
 हरियो **राखो**

