

कार्यालय, अधिष्ठाता बिरसा मुण्डा
शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय शहडोल (म.प्र.)

E-mail – deanshahdol@gmail.com

Websit WWW.GMCSHAHDOL.ORG

क्रमांक/...४.५./क्रय/जी.एम.सी./2022-23

शहडोल, दिनांक 22/०५./2022

सीमित निविदा

शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय शहडोल के विभिन्न विभाग हेतु स्टेशनरी प्रिंटिंग उपलब्ध किये जाने की आवश्यकता है। उच्च गुणवत्ता की सामग्री के क्रय हेतु सीमित निविदा (कोटेशन) आमंत्रित किये जाते हैं। अतः इच्छुक फर्म/विक्रेता दी गयी शर्तों पर सीमित निविदा (कोटेशन) न्यूनतम दर दिनांक 29/04/2022 समय सायं 05:00 बजे तक व्यक्तिगत रूप से अथवा डॉक या ईमेल के माध्यम से दर प्रस्तुत कर भाग ले सकते हैं।

सामग्री का विवरण एवं स्पेसिफिकेशन निम्नानुसार है:-

क्रमांक	स्टेशनरी प्रिंटिंग	साईज	यूनिट
1	रजिस्टर (पहला कवर मल्टीकलर में) बाकी पेज नार्मल दोनो साईड	12×10"	1क्वा (96 पेज)
2	रजिस्टर (पहला कवर मल्टीकलर में) बाकी पेज नार्मल दोनो साईड	12×10"	2क्वा (96 पेज)
3	रजिस्टर (पहला कवर मल्टीकलर में) बाकी पेज नार्मल दोनो साईड	18×22"	1क्वा (96 पेज)
4	रजिस्टर (पहला कवर मल्टीकलर में) बाकी पेज नार्मल दोनो साईड	18×22"	2क्वा (96 पेज)
5	शीट मल्टीकलर दोनो साईड	A-4	1 नग
6	फॉर्म सिंगल साईड में मल्टीकलर में	A-4	1 नग
7	फॉर्म 2 शीट दोनो साईड मल्टीकलर में	A-4	1 नग
8	कॉर्ड मल्टीकलर दोनो साईड	A-3	1 नग
9	मल्टीकलर सिंगल साईड 100 पेज बुकलेट	चैक बुक साईज	1 बुकलेट
10	फाईल फोल्डर मल्टीकलर	9.50×12"	1 नग

(Format संलग्न I)

शर्तें:-

- ❖ फर्म का GST NO. होना आवश्यक है।
- ❖ फर्म को सामग्रियों के अतिरिक्त कोई भी अन्य खर्च देय नहीं होगा।
- ❖ कार्यालय तक पहुँचाने का भाड़ा अतिरिक्त देय नहीं होगा।
- ❖ सामग्रियों का क्रय आदेश जारी होने के 10 दिवस के अंदर प्रदाय कराना अनिवार्य है।



(डॉ. मिलिन्द शिरालकर)
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
बिरसा मुण्डा शा.चि.महाविद्यालय
शहडोल (म.प्र.)

TREATMENT CONTINUATION SHEET

SNCU Reg. No..... Date of Admission 9/2/22.....

Baby of (Mother's name) B/o Hemar Yadav Sex male.....

Birth Weight 3.150 Kg Doctor Incharge Dr. Pradyumn.....

	Date <u>9/2/22</u> Wt <u>23 day</u> PND.....	Date..... Wt..... PND.....
Oxygen and Other Supportive Care		
I / V Drugs		
I / V Fluids		
Oral Drugs and Feeding		
Investigations Advised		
Planning for Next Day		

This Sheet has to be filled by Doctor Incharge of Patient

PTO

CLINICAL CONDITION RECORD

Clinical Findings on Round and Advise	Date..... Wt..... PND.....	Date..... Wt..... PND.....
<p>Morning Round</p> <p>Doctor's Name</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">Time</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">Signature</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>		
<p>Evening Round</p> <p>Doctor's Name</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">Time</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">Signature</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>		
<p>Night Round</p> <p>Doctor's Name</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">Time</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p style="text-align: center;">Signature</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>		

This Sheet has to be filled by Doctor on Duty

MOTHER'S INFORMATION : Past History and ANC Period

Mother's Age Yrs.	Mother's Wt .....Kgs.	Age at Marriage.....Yrs.
Consanguinity : Yes [] No []	Birth Spacing: < 1 Yr / 1-2 Yr / >2-3 Yr / > 3 Yr / Not Applicable	
Gravida :	Para :	Live Birth : Abortion:
LMP :/...../.....	EDD :/...../.....	Gestation Weeks :
Antenatal Visit's : None / 1 / 2 / 3 / 4	T.T. Doses : None / 1 / 2	
Hb :	Blood Group :	
PIH : No [] Yes [Hypertension / Pre Eclampsia / Eclampsia]		
Drug : No [] Yes [] (.....)	Radiation : Yes [] No []	
Illness : Malaria / T.B. / Jaundice / Rash with Fever / U.T.I. / Syphilis/ Other (.....)		
APH : Yes [] No []	GDM : Yes [] No []	
Thyroid : Euthyroid (N) / Hypothyroid / Hyperthyroid / Not Known		
VDRL : Not Done / + Ve / -Ve	HbsAg : Not Done / + Ve / -Ve	
HIV Testing : Done / Not Done	Amniotic Fluid Volume : Adequate / Polyhydraminos / Oligohyd.	
Other Significant Information :		

MOTHER'S INFORMATION : During Labour

Antenatal Steroids : Yes [] No []	If Yes, Betamethasone [] / Dexamethasone []	
No. of doses : [1] [2] [3] [4]	Time Between Last Dose & Delivery hrs. / Days	
H/O Fever : In 1st Trimester / In 2nd Trimester / In 3rd Trimester / During Labor only if >100.4F		
Foul Smelling Discharge : Yes [] No []	Uterine Tenderness: Yes [] No []	
Leaking P.V. > 24 Hours. : Yes [] No []	PIH : Hypertension / Pre Eclampsia / Eclampsia	
PPH : Yes [] No []		
Amniotic Fluid : Clear / Blood Stained / Meconium Stained / Foul Smelling		
Presentation : Vertex / Breech / Transverse	Labour : Spontaneous / Induced	
Course of Labour : Uneventful / Prolonged 1st stage / Prolonged 2nd stage / Obstructed		
E/O Foetal Distress : Yes [] No []	Type of Delivery : LSCS / AVD / NVD	
Indication for Caesarean, if Applicable : [Cephalo Pelvic Disproportion] [Malpresentation] [Placenta Previa] [Obstructed Labor] [Foetal Distress] [Prolonged Labour] [Cord Prolapse] [Failed Induction (Dystocia)] [Previous LSCS] [Other		
Delivery Attended by : [Doctor] [Nurse] [ANM] [Dai] [Relative] [Any Other].....		
Other Significant Information :		

If Information is Not Available, Leave the Field Blank, Do Not ✓ "No []"

BABY'S INFORMATION: At Birth

Cried Immed. after Birth : Yes [] No []	Wt. at Birth: Kgs.
Gestational age : in completed weeks	Maturity : Preterm (<37 Wk) / Full term / Post term (>42 Wk)
APGAR at 1 Min : / Not Available	APGAR at 5 Min : / Not Available
Resuscitation Required : NO [] Yes []	Tactile Stimulation / Only Oxygen / Bag & Mask [Duration.....min.] / Intubation / Chest Compression / Adrenaline
Vitamin K Given : Yes [] No []	Breast Fed within 1 Hour : Yes [] No []

BABY'S INFORMATION : On Admission

PRESENTING COMPLAINTS:

GENERAL EXAMINATION

General Condition : [Alert] [Lethargic] [Comatose]	Temperature .....°C	Heart Rate...../min
Apnea : Yes [] No []	RR ...../min.	B.P :.....
Grunting : Yes [] No []	Chest Indrawing : Yes [] No []	
Head Circumference :c.m.	Length .....c.m.	
Color : Pink / Pale / Central Cyanosis / Peripheral Cyanosis		
CRT >3 secs : Yes [] No []	Skin pinch > 2 secs : Yes [] No []	
Meconium Stained Cord : Yes [] No []	Cry : Absent / Feeble / Normal / High Pitch	
Tone : Limp / Active / Increase Tone	Convulsions : Present on Admission / Past History / No	
Jaundice : Yes [] No [] If Yes, extent [Face] [Chest] [Abdomen] [Legs] [Palms / Soles]		
Bleeding : Yes [] No [] If Yes ,specify site [Skin] [Mouth] [Rectal] [Umbilicus]		
Bulging Anterior Fontanel : Yes [] No []	Taking Breast Feeds : Yes [] No []	
Sucking : [Good] [Poor] [No Sucking]	Attachment : [Well attached] [Poorly attached] [Not attached]	
Umbilicus : [Red] [Discharge] [Normal]	Skin Pustules : [No] [Yes <10] [Yes >=10] [Abscess]	
Congenital Malformation : No [] Yes []	Diaphragmatic Hernia / Hydrocephalus / M.M.C. / Imperforate Anus / T.O. Fistula / Cong. Heart Disease / Cleft Palate / Cleft Lip / Cleft Palate with Cleft Lip / Cong. Deformity of Hip / Cong. Deformity of Feet / Other.....	
Blood Sugar :	Oxygen Saturation :	
Other Significant Information :		

If Information is Not Available, Leave the Field Blank, Do Not ✓ "No []"

SYSTEMIC EXAMINATION

CVS :
RESPIRATORY :
PER ABDOMEN :
CNS :
OTHER SIGNIFICANT FINDING :

TREATMENT ADVISED : On Admission

INVESTIGATIONS ADVISED : On Admission

Doctor's Name and Signature

सहमति पत्र

हमें डॉक्टर द्वारा बता दिया गया है कि हमारा शिशु गंभीर रूप से बीमार है एवं उपचार के दौरान होने वाली जटिलताओं से हमें अवगत करा दिया गया है तथा हमें पूर्ण रूप से विदित है कि उपचार के दौरान समस्याएँ उत्पन्न हो सकती हैं। इन सभी खतरों से अवगत होने के बाद भी हम हमारे बच्चे को एस.एन.सी.यू. जिला चिकित्सालय में उपचार हेतु भर्ती कराने के लिये सहमत हैं।

अभिभावक के हस्ताक्षर

Foot Print of Newborn
(Left Foot)

FINAL OUTCOME

Successfully Discharged / Left Against Medical Advice / Referred / Expired

In Case of Death : Mention Cause of Death (✓ The Most Relevant Single Indication)

- | | | |
|---|--|---------------------------|
| 1. Respiratory Distress Syndrome | 6. Meningitis | 11. Cause not established |
| 2. Meconium Aspiration Syndrome | 7. Major Congenital Malformation | 12. Any Other : |
| 3. HIE / Moderate-Severe Birth Asphyxia | 8. E.L.B.W. (Wt. less than 1000g) | ..... |
| 4. Sepsis | 9. Prematurity (<28 weeks of Gestation) | ..... |
| 5. Pneumonia | 10. Neonatal Tetanus | |

This Sheet has to be filled on Admission by Doctor on Duty

MONITORING SHEET

SNCU Reg. No..... Date of Admission.....

Baby of (Mother's name)..... Sex.....

Weight..... Date.....

Time																				
Activity (Dull / Active)																				
Temperature																				
Colour																				
HR RR																				
CRT B.P.																				
O ₂ Flow Rate FIO ₂																				
Oxygen Saturation																				
Blood Glucose																				
Urine																				
Stool																				
Abdominal Girth																				
R.T. Aspirate																				
IV Patency (Yes / No)																				
Blood Collection																				
Other																				

This Sheet has to be filled by Nurse on Duty

NURSES ORDER SHEET

Treatment Administered	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Total (ml)
Oral Feeds													
Feeding Tube (ml)													
Spoon & Cup (ml)													
Breast Feed (adlib)													
Oral Drugs													
1.													
2.													
IV Drugs (Also Record Fluid Volume)													
1.													
2.													
3.													
IV Fluids													
1. (Enter Rate & fluid given between each time slot )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml)
2. (Enter Rate & fluid given between each time slot )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml)
IV Infusions													
1. (Enter Rate & fluid given between each time slot )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml)
2. (Enter Rate & fluid given between each time slot )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml )	..... ml / hr (.....ml)
IV Bolus													
..... ml													
Blood / Packed Cell / FFP / Platelet (.....ml)													
Rate..... ml / hr													
Any Other Treatment													
.....													
.....													
Total Input in 24 Hours (ml )													.....

REFERRAL SUMMARY

SNCU Govt. Medical College & Hospital Shahdol (M.P.)

Baby of (Mother's Name)		Father's Name :	
SNCU Reg. No.		Sex : M / F	Age : Weight (Kg) :
Date & Time of Referral	...../...../20.....	Place of Referral :	
Indication for Referral	Ventilation / Surgical Intervention / Diagnostic Work up / Metabolic Work up / Dialysis / Other		

***Final Diagnosis** (Encircle the most relevant single diagnosis, If multiple causes also mention all relevant numbers in the end as per priority)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ELBW (999 gm or less) : P 07.0 • Other LBW (1000 gm – 2499 gm) : P 07.1 • Extreme Immaturity (<28 Weeks) : P 07.2 • Prematurity (28-<37 Weeks) : P 07.3 • Small for Gestational Age (IUGR) : P 05.1 • Neonatal Aspiration of Meconium : P 24.0 • RDS of Newborn (HMD) : P 22.0 • Transient Tachypnoea of Newborn : P 22.1 • Pneumothorax : P 25.1 • Congenital Pneumonia : P 23 • Acquired Pneumonia : J 15 • Primary Sleep Apnoea of Newborn : P 28.3 • Birth Asphyxia : P 21.0 • HIE of Newborn : P 91.6 • Neonatal Sepsis : P 36.9 • Meningitis : G 00 | <ul style="list-style-type: none"> • Convulsions of Newborn : P 90
(Hypoxic, Hypoglycaemic, Hypocalcaemic, CNS Infections, Birth Trauma, Metabolic, Other, Unknown Cause) • Hemolytic disease of Newborn : P 55 • Neonatal Jaundice : P 59 • Acute Renal Failure : N 17 • Neonatal Cardiac Failure : P 29.0 • Shock : R 57 • DIC : P 60 • Intraventricular Hemorrhage : P 52.3 • Neonatal Diarrhoea : A 09 • Tetanus Neonatorum : A 33 • Hypothermia of Newborn : P 80 • Environmental Hyperthermia of Newborn : P 81.0 • Neonatal Hypoglycaemia : P 70.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Congenital Malformation :
(a) Cong. Diaphragmatic Hernia : Q 79.0
(b) Cong. Hydrocephalus : Q 03
(c) Meningocele : Q 05
(d) Imperforate anus : Q 42.3
(e) T.O. Fistula : Q 39.2
(f) Congenital Heart Disease : Q 21
(g) Cleft Palate : Q 35
(h) Cleft Lip : Q 36
(i) Cleft Palate with Cleft Lip : Q 37
(j) Congenital Deformities of Hip : Q 65
(k) Congenital Deformities of Feet : Q 66
(l) Other Malformation (.....) • Any Other Diagnosis (.....) • Multiple Diagnosis-Mention All Relevant Codes :
a b c d |
|--|--|--|

*(Based on WHO, ICD - 10 Version: 2010)

TREATMENT GIVEN

1. Oxygen : Yes / No (If yes duration.....)
2. Phototherapy : Yes / No (If yes duration.....)
3. Antibiotics : Yes / No (If yes fill the details below)

	Name & Dose	No. of Days
a)
b)
c)
d)

-
-
-
-
-

PRESENTING COMPLAINTS & COURSE DURING TREATMENT

RELEVANT INVESTIGATIONS

CONDITION AT TIME OF REFERRAL

TREATMENT ADVISED ON WAY

1. Keep Baby Warm.
2. Take Care of Airway and Breathing.
3. Monitor Color / Heart Rate / Blood Glucose.

-
-
-

Doctor's Name and Signature

अनिवार्य टीकाकरण सारणी

जन्म	1 1/2 माह सप्ताह	2 1/2 माह सप्ताह	3 1/2 माह सप्ताह	6 माह	9 माह	18 माह	24 माह
ओ.पी.वी. पोलियो से बचाना है	✓	✓	✓			✓	
हेप.बी. ऊँचर की बीमारी से बचाना है	✓						
डी.डी.टी. टी.बी. से बचाना है	✓						
रोटा वैक्सीन इन्फ्लूएंजा से बचाना है	✓	✓	✓				
पी.सी.वी. इन्फ्लूएंजा से बचाना है	✓	✓	✓		✓		
आई.पी.वी. इन्फ्लूएंजा से बचाना है	✓	✓	✓				
पेंटावैलेंट-डी.पी.टी. + डी.डी.टी. + हेप.बी. पोलियो से बचाना है।	✓	✓	✓				
विटामिन ए रतौंधी से बचाना है					✓	✓	✓
खसरा और रूबेला (एम.आर.) खसरा और रूबेला को रोकना है					✓	✓	
जापानी एन्सेफलाइटिस (जे.ई.) मसिनक ज्वर से बचाना है					✓	✓	✓
डी.पी.टी. बूस्टर						✓	✓

खतरे के आम चिन्ह

- स्तनपान करने में असमर्थता।
- झटके आना।
- साँस लेने में कठिनाई।
- पसलियों में गड़बड़े पड़ना।
- छूने पर अधिक गर्म (बगल का तापमान 37.5 °C से अधिक)
- छूने पर ठण्डा लगना (बगल का तापमान 35.5 °C से कम)
- सुस्त होना।

आपातकालीन स्थिति में कृपया निम्नलिखित पते पर सम्पर्क करें



परामर्श हेतु :
 SNCU Medical College & Hospital Shahdol (M.P.)

इमरजेंसी निःशुल्क परिवहन हेतु 108 पर कॉल करें

Community Followup Card



SPECIAL NEW BORN CARE UNIT

Govt. Medical College & Hospital Shahdol (M.P.)



Extending Continuum of Care.... Back to Community

पुनः जाँच कार्ड

एस.एन.सी.यू.भर्ती क्रमांक :

माता का नाम :

पिता का नाम :

उम्र : लिंग : जन्म के समय वजन : कि.ग्रा.

जन्म दिनांक : / / भर्ती दिनांक : / /

डिस्चार्ज दिनांक : / / डिस्चार्ज के समय वजन : कि.ग्रा.

भर्ती होने का कारण :

एस.एन.सी.यू. में पुनः जाँच करने वापस कब आना है

8 दिन बाद : / / 1 माह बाद : / /

3 माह बाद : / / 6 माह बाद : / /

1 वर्ष बाद : / /

घर आने के बाद आशा / आँगनबाड़ी कार्यकर्ता द्वारा घर पर जाँच कराने के लिए आवश्यक जानकारी

आशा / आँगनबाड़ी कार्यकर्ता का नाम :

ग्राम : सम्पर्क नम्बर :

पहली जाँच : / / दूसरी जाँच : / /

तीसरी जाँच : / / चौथी जाँच : / /

पाँचवी जाँच : / / छठवीं जाँच : / /

नोट : अभिभावकों से निवेदन है कि ऊपर लिखी दिनाकों पर अपने शिशु की समय पर गृह भेंट एवं एस.एन.सी.यू. में पुनः जाँच कराया जाना सुनिश्चित करें।

कार्ड का यह भाग जटा एन्ट्री ऑफ़िसर के द्वारा डिस्चार्ज के समय भरा जाना है।

गृह भेंट की विस्तृत जानकारी

गृह भेंट दिन	गृह भेंट की दिनांक	गृह भेंट के समय वजन	जाँच उपरांत दिये गये सलाह एवं उपचार
पहले दिन			
तीसरे दिन			
सातवें दिन			
चौदहवें दिन			
इकतीसवें दिन			
अठाइसवें दिन			

नोट : अभिभावकों से निवेदन है कि उपरोक्त तालिका अपने ग्राम / वार्ड की आशा अथवा आँगनबाड़ी कार्यकर्ता से जाँच उपरांत भरा जाना सुनिश्चित करें।



SPECIAL CARE NEW BORN UNIT

SPECIAL NEW BORN CARE UNIT

SNCU



SNCU Reg.No:..... Date of Birth :.....
Baby of (Mother's Name) :.....Sex:.....
Father's Name :.....
Address :.....
.....Ph. :.....

Govt. Medical College & Hospital Shahdol (M.P.)



खतरे के आम चिन्ह

- स्तनपान करने में असमर्थ।
- झटके आना।
- सांस लेने में कठिनाई।
- पसलियों में गर्ह पड़ना।
- रूखे पर अधिक गर्मी (बाल का तापमान 37.5° से अधिक)
- रूखे पर ठंडा लगना (बाल का तापमान 35.5° से कम)
- सुस्त होना।

अनिवार्य टीकाकरण सारणी								
	जन्म	1½ माह 6 सप्ताह	2½ माह 10 सप्ताह	3½ माह 14 सप्ताह	6 माह	9 माह	18 माह	24 माह
ओ.पी.वी. पोलियो से बचाता है	✓	✓	✓	✓			✓	
हेप.बी. लीवर की बीमारी से बचाव	✓							
बी.सी.जी. टी.बी. से बचाता है	✓							
रोटा वैक्सीन दस्त से बचाता है		✓	✓	✓				
पी.सी.वी. दस्त से बचाता है		✓		✓		✓		
आई.पी.वी. इनेक्विटव पोलियो वैक्सीन		✓		✓				
पेंटावैलेंट-डी.पी.टी. + हीब + हेप बी. दस्त, काली खांसी, डिप्थीरिया, टिटनेस, मेनिन्जाइटिस एवं अन्य से बचाता है।		✓	✓	✓				
विटामिन ए रतौंधी से बचाता है						✓	✓	✓
खसरा और रूबेला (एम.आर.) खसरा और रूबेला को रोकता है						✓	✓	
जापानी एन्सेफलाइटिस (जे.ई.) मस्तिष्क ज्वर से बचाता है						✓	✓	
डी.पी.टी. बूस्टर							✓	

माताओं के लिए सलाह :

- जन्म के तुरंत बाद से ही माँ का दूध पिलाना शुरू करें। (अधिकतम एक घंटे के अन्दर)
- छः माह तक माँ के दूध के अतिरिक्त कुछ भी न दें, पानी भी नहीं।
- बच्चे को स्तनपान के बाद कंधे पर रखकर उसकी पीठ हल्के हाथों से थपथपायें।
- बच्चे के शरीर को हमेशा गर्म रखें, बच्चे को माँ की छाती से सटा कर रखें।
- समय पर सभी टीकाकरण करवायें।
- बच्चे की नाभि में कुछ भी न लगायें एवं कान में तेल न डालें।
- शिशु के छः महीने का होने पर इसे खाना खिलाना शुरू करें। माँ के दूध के अलावा उसे दिन में 3-5 बार खाना खिलायें।
- शिशु का स्वास्थ्य परीक्षण नियमित रूप से ग्राम की आशा/आंगनबाड़ी के द्वारा करायें।
- एस.एन.सी.यू. से छुट्टी होने के उपरांत हरे कार्ड में दर्शायी गई दिनाकों पर अपने बच्चे की एस.एन.सी.यू. में पुनः जाँच सुनिश्चित करें।

आपातकालीन स्थिति में कृपया निम्नलिखित पते पर सम्पर्क करें



परामर्श हेतु :

SNCU Medical College & Hospital Shahdol (M.P.)

इमरजेंसी निःशुल्क परिवहन हेतु 108 पर कॉल करें