

समुदाय रेफरल फार्म (सी.आर.एफ.)

हितग्राही की प्रति

भाग अ : जिस संस्था/व्यक्ति द्वारा रेफर किया गया है उस संस्था द्वारा भरा जाए।

रेफरल क्रमांक	रेफरल दिनांक समय :
हितग्राही का ब्यौरा	
नाम उम्र लिंग	पति/पिता का नाम मोबाइल नंबर
पूर्ण पता: घर क्रं.	वार्ड नंबर मोहल्ला का नाम
रेफरलकर्ता का ब्यौरा / रेफरल हेतु पहचान	
नाम	पदनाम : ए.एन.एम. / आशा / आंगनवाड़ी / मास मैम्बर / अन्य
मोबाइल नंबर	वार्ड का नाम वार्ड क्र.
चिन्हित करने का स्थान : यूएचएनडी <input type="checkbox"/> गृह भेंट <input type="checkbox"/> आउट रीच कैंप <input type="checkbox"/> रेफरलकर्ता का निवास <input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें	
क्या हितग्राही रेफरलकर्ता के कार्यक्षेत्र का निवासी है हाँ/ नहीं, यदि हाँ पंजीकृत है - हाँ/ नहीं यदि हाँ : आर.सी.एच. नंबर	
{ रेफरल हेतु पहचान किये जाने का ब्यौरा (रेफरल प्रोटोकॉल तालिका का इस्तेमाल कर भरें) }	
किस सेवा के लिये रेफर किया गया : A प्रसव पूर्व देखभाल <input type="checkbox"/> B उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिला <input type="checkbox"/> C प्रसव पश्चात देखभाल <input type="checkbox"/> D गंभीर रूप से बीमार नवजात <input type="checkbox"/> E बाल्यकालीन बीमारियाँ / टीकाकरण <input type="checkbox"/> F परिवार नियोजन <input type="checkbox"/> G अन्य <input type="checkbox"/> उल्लेख करें	
रेफरल किये जाने का कारण कोड रेफर की गयी संस्था का नाम	
लेवल ऑफ केयर रेफर हेतु प्रयुक्त परिवहन का साधन- सरकारी वाहन / स्वयं / अन्य साधन	
हस्ताक्षर एवं सील	

माता, शिशु एवं बच्चों के रेफरल हेतु संदर्भित (रिफरेन्स) प्रोटोकॉल रेफरल का कारण (गोला लगायें)

A सामान्य गर्भवती महिला (प्रसव पूर्व)	B - उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिला	C - जोखिम वाली माताएं (प्रसव पश्चात)
1. गर्भावस्था निर्धारण 2. नियमित प्रसव पूर्व जाँच 3. टीकाकरण - TT 4. IFA/कैल्शियम गोलियों की आपूर्ति 5. गर्भावस्था संबंधित जाँच (रक्त, मूत्र जाँच आदि) 6. गर्भावस्था संबंधित जाँच (सोनोग्राफी व अन्य विशेष जाँच) 7. संस्थागत प्रसव 8. अन्य कारण	1. उच्च रक्त चाप 2. मधुमेह (डायबिटीज) 3. एपीएच-प्रसव पूर्व रक्तस्राव 4. गंभीर रक्त अल्पता (Hb<gm/dl) 5. पूर्व में मृत शिशु का जन्म 6. जन्मजात विकृतियाँ 7. बार-बार गर्भपात (3 से अधिक) 8. पिछले प्रसव में शिशु का वजन 4500 ग्राम से अधिक 9. पिछला प्रसव ऑपरेशन द्वारा 10. संस्थागत प्रसव/ -नार्मल डिलीवरी व ऑपरेशन के द्वारा प्रसव 11. अन्य कारण	1. नियमित प्रसव पश्चात जाँच 2. तेज बुखार 3. योनी से बदनूदार स्राव 4. झटके आना / दौरे पड़ना 5. पेट के निचले हिस्से में दर्द 6. मानसिक अवसाद 7. अन्य कारण
D - गंभीर रूप से बीमार नवजात शिशु (0-2 माह)	E - बाल्यकालीन बीमारियों का इलाज (2 माह से 5 वर्ष) - IMNCI जाँच उपरान्त	F - परिवार नियोजन सेवाएँ
1. स्तनपान करने में असमर्थ 2. छूटे पर टंडा महसूस होना 3. बुखार 4. तेज श्वसन दर 5. छाती में घंसाव 6. झटके आना 7. पीलिया 8. नाभि में लालपन 9. पिछले 48 घंटे में मूत्र विसर्जन न करना 10. जन्म के समय वजन 1800 ग्राम से कम 11. बड़ा सा फोड़ा / या 10 से अधिक चकते या फफोले होना 12. जन्मजात विकृतियों हेतु रेफरल (RBSK) 13. अन्य कारण	1. दस्त रोग 2. खाँसी एवं साँस लेने में कठिनाई 3. कुपोषण-MAM/SAM 4. एनीमिया 5. तेज बुखार 6. अन्य कारण	1. IUCD 2. ओरल पिल्स 3. अंतरा 4. छाया 5. इमरजेन्सी गर्भनिरोधक पिल्स 6. कंडोम 7. नसबंदी 8. अन्य कारण
G - अन्य (A से F के अतिरिक्त अन्य सेवाएँ, जिनके लिये रेफर किया गया)		

भाग ब : - प्रदाय की गयी सेवाएँ : जिस संस्था द्वारा सेवाएँ दी गयी उनके द्वारा भरा जायेगा

संस्था का नाम : - <input type="checkbox"/> दी गयी सेवाएँ	दिनांक
<input type="checkbox"/> फॉलोअप की जरूरत है : हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	कोड
अतिरिक्त टिप्पणी :-	फॉलोअप दिनांक :
हस्ताक्षर एवं सील (संस्था में पदस्थ स्टाफ नर्स/चिकित्सक)	

भाग स : रेफरलकर्ता (रेफरल करने वाली संस्था) द्वारा हितग्राही के सेवा लेकर वापस आने पर भरा जायेगा

संस्था का नाम :-	सूचना भरने का दिनांक	सूचना लेने का प्रकार - स्वयं <input type="checkbox"/> फोन <input type="checkbox"/>
अतिरिक्त टिप्पणी :-		
हितग्राही का रेफरल का अनुभव कैसा रहा : अच्छा <input type="checkbox"/> बहुत अच्छा <input type="checkbox"/> सुधार की जरूरत <input type="checkbox"/>		
सुधार हेतु सुझाव :-		
हितग्राही के हस्ताक्षर		

देखभाल का स्तर -

-2 (माइनस टू) - आशा/आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/महिला आरोग्य समिति

-1 (माइनस वन) - यूएचएनडी/आउटर्रीच सेवाएं

0 (लेवल जीरो) - प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सिविल डिस्पेंसरी/सिविल हॉस्पिटल - खजराना/शिवबाग/बड़ी ग्वालटोली/रेडियो कॉलोनी/भंवरकुआं/आजाद नगर/होलकर साइंस/मुसाखेड़ी/वृंदावन/भागीरथपुरा/भमोरी/शिवकंठ नगर/कुलकर्णी का भट्टा/निरंजनपुर/सिरपुर/बाबू मुराई/एम.ओ.जी. लाइन/सुदामा नगर/निहारपुरी मुण्डी/राजेन्द्र नगर/हरसिद्धी/कृष्णपुरा/जूनी इंदौर/सदर बाजार

+1 (प्लस वन) - अरण्य/नंदा नगर प्रसूति गृह/बिचोली हप्पी/

+2 (प्लस टू) - पीसी सेठी अस्पताल/मल्हारगंज अस्पताल/जिला चिकित्सालय/हुकुमचंद/मांगीलाल चूरिया अस्पताल/सीएचसी बाणगंगा अस्पताल

+3 (प्लस थ्री) - एमवायएच अस्पताल

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला इंदौर, मध्यप्रदेश

समुदाय रेफरल फार्म (सी.आर.एफ.)

रेफरल की गयी संस्था की प्रति

भाग अ : जिस संस्था/व्यक्ति द्वारा रेफर किया गया है उस संस्था द्वारा भरा जाए।

रेफरल क्रमांक रेफरल दिनांक समय :

हितिग्राही का ब्यौरा
नाम उम्र लिंग पति/पिता का नाम मोबाइल नंबर
पूर्ण पता: घर क्रं. वार्ड नंबर मोहल्ला का नाम

रेफरलकर्ता का ब्यौरा / रेफरल हेतु पहचान
नाम पदनाम : ए.एन.एम. / आशा / आंगनवाड़ी / मास मैम्बर / अन्य
मोबाइल नंबर वार्ड का नाम वार्ड क्र.
चिन्हित करने का स्थान : यूएचएनडी गृह भेंट आउट रीच कैंप रेफरलकर्ता का निवास अन्य (उल्लेख करें)

क्या हितिग्राही रेफरलकर्ता के कार्यक्षेत्र का निवासी है हाँ / नहीं, यदि हाँ पंजीकृत है - हाँ / नहीं यदि हाँ : आर.सी.एच. नंबर

{ रेफरल हेतु पहचान किये जाने का ब्यौरा (रेफरल प्रोटोकॉल तालिका का इस्तेमाल कर भरें) }
किस सेवा के लिये रेफर किया गया : A प्रसव पूर्व देखभाल B उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिला C प्रसव पश्चात देखभाल D गंभीर रूप से बीमार नवजात E बाल्यकालीन बीमारियों / टीकाकरण F परिवार नियोजन G अन्य उल्लेख करें

रेफरल किये जाने का कारण कोड रेफर की गयी संस्था का नाम

लेवल ऑफ केयर रेफर हेतु प्रयुक्त परिवहन का साधन- सरकारी वाहन / स्वयं / अन्य साधन
हस्ताक्षर एवं सील

माता, शिशु एवं बच्चों के रेफरल हेतु संदर्भित (रिफरेन्स) प्रोटोकॉल रेफरल का कारण (गोला लगायें)

A सामान्य गर्भवती महिला (प्रसव पूर्व)	B - उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिला	C - जोखिम वाली माताएं (प्रसव पश्चात)
1. गर्भावस्था निर्धारण 2. नियमित प्रसव पूर्व जाँच 3. टीकाकरण - TT 4. IFA/केल्शियम गोणियों की आपूर्ति 5. गर्भावस्था संबंधित जाँच (रक्त, मूत्र जाँच आदि) 6. गर्भावस्था संबंधित जाँच (सोनोग्राफी व अन्य विशेष जाँच) 7. संस्थागत प्रसव 8. अन्य कारण	1. उच्च रक्त चाप 2. मधुमेह (डायबिटीज) 3. एपीएच-प्रसव पूर्व रक्तस्राव 4. गंभीर रक्त अल्पता (Hb<gm/dl) 5. पूर्व में मृत शिशु का जन्म 6. जन्मजात विकृतियाँ	1. नियमित प्रसव पश्चात जाँच 2. तेज बुखार 3. योनी से बदबूदार स्राव 4. झटके आना / दौरे पड़ना 5. पेट के निचले हिस्से में दर्द 6. मानसिक अवसाद 7. अन्य कारण
D - गंभीर रूप से बीमार नवजात शिशु (0-2 माह)	E - बाल्यकालीन बीमारियों का इलाज (2 माह से 5 वर्ष) - IMNCI जाँच उपरान्त	F - परिवार नियोजन सेवाएँ
1. स्तनपान करने में असमर्थ 2. छूने पर उंडा महसूस होना 3. बुखार 4. तेज श्वसन दर 5. छाती में घंसाव 6. झटके आना 7. पीलिया	1. दस्त रोग 2. खांसी एवं साँस लेने में कठिनाई 3. कुपोषण - MAM/SAM 4. एनीमिया	1. IUCD 2. ओरल पिल्स 3. अंतरा 4. छाया
8. नाभि में लालपन 9. पिछले 48 घंटे में मूत्र विसर्जन न करना 10. जन्म के समय वजन 1800 ग्राम से कम 11. बड़ा सा फोड़ा / या 10 से अधिक चकत्ते या फफोले होना 12. जन्मजात विकृतियाँ हेतु रेफरल (RBSK) 13. अन्य कारण		
7. बार-बार गर्भपात (3 से अधिक) 8. पिछले प्रसव में शिशु का वजन 4500 ग्राम से अधिक 9. पिछला प्रसव ऑपरेशन द्वारा 10. संस्थागत प्रसव / -नार्मल डिलीवरी व ऑपरेशन के द्वारा प्रसव 11. अन्य कारण		
5. इमरजेन्सी गर्भनिरोधक पिल्स 6. कंडोम 7. नसबंदी 8. अन्य कारण		

G - अन्य (A से F के अतिरिक्त अन्य सेवाएँ, जिनके लिये रेफर किया गया)

भाग ब : - प्रदाय की गयी सेवाएँ : जिस संस्था द्वारा सेवाएँ दी गयी उनके द्वारा भरा जायेगा

संस्था का नाम : - दिनांक
 दी गयी सेवाएँ कोड
 फॉलोअप की जरूरत है : हाँ नहीं फॉलोअप दिनांक :
 अतिरिक्त टिप्पणी :-
 हस्ताक्षर एवं सील (संस्था में पदस्थ स्टाफ नर्स/चिकित्सक)

भाग स : रेफरलकर्ता (रेफरल करने वाली संस्था) द्वारा हितिग्राही के सेवा लेकर वापस आने पर भरा जायेगा

संस्था का नाम :- सूचना भरने का दिनांक सूचना लेने का प्रकार - स्वयं फोन
 अतिरिक्त टिप्पणी :-
 हितिग्राही का रेफरल का अनुभव कैसा रहा : अच्छा बहुत अच्छा सुधार की जरूरत
 सुधार हेतु सुझाव :-
 हितिग्राही के हस्ताक्षर

देखभाल का स्तर -

-2 (माइनस टू) - आशा/आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/महिला आरोग्य समिति

-1 (माइनस वन) - यूएचएनडी/आउटरीच सेवाएँ

0 (लेवल जीरो) - प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सिविल डिस्पेंसरी/सिविल हॉस्पिटल - खजराना/शिवबाग/बड़ी ग्वालटोली/रेडियो कॉलोनी/भंवरकुआं/आजाद नगर/होलकर साइंस/मुसाखेड़ी/वृंदावन/भागीरथपुरा/भमोरी/शिवकंठ नगर/कुलकर्णी का भट्टा/निरंजनपुर/सिरपुर/बाबू मुराई/एम.ओ.जी. लाइन/सुदामा नगर/निहारपुरी मुण्डी/राजेन्द्र नगर/हरसिद्धी/कृष्णपुरा/जूनी इंदौर/सदर बाजार

+1 (प्लस वन) - अरण्य/नंदा नगर प्रसूति गृह/बिचोली हप्पी/

+2 (प्लस टू) - पीसी सेठी अस्पताल/मल्हारगंज अस्पताल/जिला चिकित्सालय/हुकुमचंद/मांगीलाल चूरिया अस्पताल/सीएचसी बाणगंगा अस्पताल

+3 (प्लस थ्री) - एमवायएच अस्पताल

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला इंदौर, मध्यप्रदेश

समुदाय रेफरल फार्म (सी.आर.एफ.)

आशा/एनएम/आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/मास की प्रति

भाग अ : जिस संस्था/व्यक्ति द्वारा रेफर किया गया है उस संस्था द्वारा भरा जाए।

रेफरल क्रमांक रेफरल दिनांक समय :

हितिग्राही का ब्यौरा
नाम उम्र लिंग पति/पिता का नाम मोबाइल नंबर
पूर्ण पता: घर क्र. वार्ड नंबर मोहल्ला का नाम

रेफरलकर्ता का ब्यौरा / रेफरल हेतु पहचान
नाम पदनाम : ए.एन.एम. /आशा / आंगनवाड़ी / मास मैम्बर /अन्य
मोबाइल नंबर वार्ड का नाम वार्ड क्र.
चिन्हित करने का स्थान : यूएचएनडी गृह भेंट आउट रीच कैंप रेफरलकर्ता का निवास अन्य (उल्लेख करें)

क्या हितिग्राही रेफरलकर्ता के कार्यक्षेत्र का निवासी है हाँ / नहीं, यदि हाँ पंजीकृत है - हाँ / नहीं यदि हाँ : आर.सी.एच. नंबर

{ रेफरल हेतु पहचान किये जाने का ब्यौरा (रेफरल प्रोटोकॉल तालिका का इस्तेमाल कर भरें) }
किस सेवा के लिये रेफर किया गया : A प्रसव पूर्व देखभाल B उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिला C प्रसव पश्चात देखभाल D गंभीर रूप से बीमार नवजात E बाल्यकालीन बीमारियाँ / टीकाकरण F परिवार नियोजन G अन्य उल्लेख करें

रेफरल किये जाने का कारण कोड रेफर की गयी संस्था का नाम

लेवल ऑफ़ केयर रेफर हेतु प्रयुक्त परिवहन का साधन- सरकारी वाहन / स्वयं / अन्य साधन

हस्ताक्षर एवं सील

माता, शिशु एवं बच्चों के रेफरल हेतु संदर्भित (रिफरेन्स) प्रोटोकॉल्स रेफरल का कारण (गोला लगायें)

A सामान्य गर्भवती महिला (प्रसव पूर्व)	B - उच्च जोखिम वाली गर्भवती महिला	C - जोखिम वाली माताएं (प्रसव पश्चात)
1. गर्भावस्था निर्धारण 2. नियमित प्रसव पूर्व जाँच 3. टीकाकरण - TT 4. IFA/कैल्शियम गोलियों की आपूर्ति 5. गर्भावस्था संबंधित जाँच (रक्त, मूत्र जाँच आदि) 6. गर्भावस्था संबंधित जाँच (सोनोग्राफी व अन्य विशेष जाँच) 7. संस्थागत प्रसव 8. अन्य कारण	1. उच्च रक्त चाप 2. मधुमेह (डायबिटीज) 3. एपीएच-प्रसव पूर्व रक्तचाप 4. गंभीर रक्त अल्पता (Hb<gm/dl) और आयरन सुक्रोस के लिये संदर्भित करना 5. पूर्व में मृत शिशु का जन्म 6. जन्मजात विकृतियाँ	7. बार-बार गर्भपात (3 से अधिक) 8. पिछले प्रसव में शिशु का वजन 4500 ग्राम से अधिक 9. पिछला प्रसव ऑपरेशन द्वारा 10. संस्थागत प्रसव/ -नार्मल डिलीवरी व ऑपरेशन के द्वारा प्रसव 11. अन्य कारण
1. स्तनपान करने में असमर्थ 2. छूने पर डंडा महसूस होना 3. बुखार 4. तेज श्वसन दर 5. छाती में घंसाव 6. झटके आना 7. पीलिया	8. नाभि में लालपन 9. पिछले 48 घंटे में मूत्र विसर्जन न करना 10. जन्म के समय वजन 1800 ग्राम से कम 11. बड़ा सा फोड़ा / या 10 से अधिक चकते या फफोले होना 12. जन्मजात विकृतियों हेतु रेफरल (RBSK) 13. अन्य कारण	1. नियमित प्रसव पश्चात जाँच 2. तेज बुखार 3. योनी से बदबूदार स्त्राव 4. झटके आना / दौरे पड़ना 5. पेट के निचले हिस्से में दर्द 6. मानसिक अवसाद 7. अन्य कारण
1. IUCD 2. औरल पिल्स 3. अंतरा 4. छाया	D - गंभीर रूप से बीमार नवजात शिशु (0-2 माह) E - बाल्यकालीन बीमारियों का इलाज (2 माह से 5 वर्ष) - IMNCI जाँच उपरान्त 1. दस्त रोग 2. खांसी एवं साँस लेने में कठिनाई 3. कुपोषण- MAM/SAM 4. एनीमिया	F - परिवार नियोजन सेवाएँ 5. इमरजेन्सी गर्भनिरोधक पिल्स 6. कंडोम 7. नसबंदी 8. अन्य कारण

G - अन्य (A से F के अतिरिक्त अन्य सेवाएँ, जिनके लिये रेफर किया गया)

भाग ब : - प्रदाय की गयी सेवाएँ : जिस संस्था द्वारा सेवाएँ दी गयी उनके द्वारा भरा जायेगा

संस्था का नाम : - दिनांक
 दी गयी सेवाएँ कोड
 फॉलोअप की जरूरत है : हाँ नहीं फॉलोअप दिनांक :
 अतिरिक्त टिप्पणी :-

हस्ताक्षर एवं सील (संस्था में पदस्थ स्टाफ नर्स/चिकित्सक)

भाग स : रेफरलकर्ता (रेफरल करने वाली संस्था) द्वारा हितिग्राही के सेवा लेकर वापस आने पर भरा जायेगा

संस्था का नाम : - सूचना भरने का दिनांक सूचना लेने का प्रकार - स्वयं फोन
 अतिरिक्त टिप्पणी :-
 हितिग्राही का रेफरल का अनुभव कैसा रहा : अच्छा बहुत अच्छा सुधार की जरूरत
 सुधार हेतु सुझाव :-
 हितिग्राही के हस्ताक्षर

देखभाल का स्तर -

-2 (माइनस टू) - आशा/आंगनवाड़ी कार्यकर्ता/महिला आरोग्य समिति

-1 (माइनस वन) - यूएचएनडी/आउटरीच सेवाएँ

0 (लेवल जीरो) - प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र/सिविल डिस्पेंसरी/सिविल हॉस्पिटल - खजराना/शिवबाग/बड़ी ग्वालटोली/रेडियो कॉलोनी/भंवरकुआं/आजाद नगर/होलकर साइंस/मुसाखेड़ी/वृंदावन/भागीरथपुरा/भमोरी/शिवकंठ नगर/कुलकर्णी का भट्टा/निरंजनपुर/सिरपुर/बाबू मुराई/एम.ओ.जी. लाइन/सुदामा नगर/निहारपुरी मुण्डी/राजेन्द्र नगर/हरसिद्धी/कृष्णपुरा/जूनी इंदौर/सदर बाजार

+1 (प्लस वन) - अरण्य/नंदा नगर प्रसूति गृह/बिचोली हप्पी/

+2 (प्लस टू) - पीसी सेठी अस्पताल/मल्हारगंज अस्पताल/जिला चिकित्सालय/हुकुमचंद/मांगीलाल चूरिया अस्पताल/सीएचसी बाणगंगा अस्पताल

+3 (प्लस थ्री) - एमवायएच अस्पताल

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला इंदौर, मध्यप्रदेश