

प्रपत्र - १

१२ ते २३ महिन्यातील बालकांची तपशीलवार माहितीसह यादी :

(प्रत्यक्ष मुलाखती वरून)

अ. क्र.	लाभार्थीचे नाव	वय	लिंग	वजन		सेवेचा प्रकार	सेवा मिळाली		
				नोंदविलेले	प्रत्यक्ष		पुर्ण	अर्धवट	नाही

बिंसीजी, गोवर, जीवनसत्व अ, लोहयुक्त लहान गोळ्या/ सिरप

वैयक्तिक लाभार्थीची तफावतीची नोंद स्वतंत्ररित्या घ्यावी.

नोंदविलेले वजन पाहताना वृद्धीपत्रकाचा आधार घ्यावा. नोंदविल्याची तारीख पहावी. प्रत्यक्ष वजनाशी तफावत असल्यास संबंधीतांशी चर्चा करून त्यांना स्पष्टीकरणाची संधी द्यावी. स्पष्टीकरण लागू किंवा गैरलागू आहे याची शहानिशा करावी. संबंधीतास स्पष्टीकरण गैरलागू असल्यास मार्गदर्शन करून सुधारणा घडविण्यासाठीचा कालावधी निश्चित करावा आणि सुधारणांची संधी द्यावी. याचप्रमाणे कार्यवाही इतर सर्व तफावतींसाठी करावी.

प्रपत्र - २

मातांची तपशीलवार माहितीसह यादी.

(मागील महिन्यात बाळंत झालेल्या महिला)

मुलाखती वरून

अ. क्र.	लाभार्थीचे नाव	वय	सेवेचा प्रकार	सेवा मिळाली		
				पुर्ण	अर्धवट	नाही

१) बींसीजी, २) गोवरलस, ३) जीवनसत्व अ ची मात्रा, ४) लोहयुक्त गोळ्या/ सिरप (मुले)

१) लोहयुक्त गोळ्या (माता), २) गरोदरपणी मातांचे वजन, ३) गरोदरपणी माता रक्तदाब
५) धनुर्वात लस, ५) हिमोग्लोबीन तपासणी, ६) आरोग्य संस्थेत बाळंतपण, ७) जन्मतः वजन

८) अर्धा तासाच्या आत स्तनपान

वैयक्तिक लाभार्थीची तफावतीची नोंद स्वतंत्ररित्या घ्यावी.

समवर्ती मूल्यमापनाचे प्रपत्र

प्राथमिक आरोग्य केंद्र ता..... जि.....
 कमाची पडताळणी केलेल्या कर्मचाऱ्याचे नाव हुद्दा.....
 सहाय्यक प्रसविका परिचारिका/ अंगणवाडी कार्यकर्तीचे नाव बीट प्रकल्प अहवाल महिना
 पडताळणी तारीख गावाचे नाव

अ. क्र.	दर्शक	मासिक आकडेवारी		तपासणी केलेली लाभार्थी संख्या	पडताळणीसाठी भेटलेले लाभार्थी संख्या			पडताळणीसाठी न भेटलेले लाभार्थी	शेरा
		अहवालातील आकडेवारी (M.I.S.)	नोंदीनुसार आकडेवारी (Register)		सेवा मिळालेले लाभार्थी	अर्धवट सेवा मिळालेले लाभार्थी	सेवा न मिळालेले लाभार्थी		
१	बी.सी.जी.					XXXX			
२	गोवरलस					XXXX			
३	जीवनसत्व अ ची मात्रा								
४	लोहयुक्त लहान गोळ्या/ सिरप (मुले)								

१	लोहयुक्त गोळ्या (माता)								
२	गरोदरपणी मातांचे वजन								
३	गरोदरपणी माता रक्तदाब								
४	धनुर्वात लस								
५	हिमोग्लोबिन तपासणी								
६	आरोग्य संस्थेत बाळंतपण					XXXX			
७	जन्मतः वजन					XXXX			
८	अर्धा तासाच्या आत स्तनपान					XXXX			

- टीप १) गरोदरपणी वजन, रक्तदाब, हिमोग्लोबिन तीन वेळेस पूर्ण सेवा, एकदा किंवा दोनदा अर्धवट
 २) कर्मचाऱ्यांच्या नोंदवह्या अद्ययावत ठेवण्याविषयी व कमाच्या गुणवत्तेविषयी अभिप्राय द्यावा.

पडताळणी करणाऱ्या अधिकाऱ्याचे / पर्यवेक्षकाचे नाव हुद्दा व स्वाक्षरी