



राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम



स्वस्थ बचपन, सुरक्षित भविष्य

राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम (RBSK)

(Student Nutritional Evaluation and Health Assessment)

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, छत्तीसगढ़ शासन

शालेय छात्रों के लिए



चिरायु

सामान्य जानकारी

छात्र का फोटो

ग्राम का नाम.....ग्राम का आईडी नम्बर.....

स्कूल का नामआईडी नंबर.....

कक्षा.....वर्ग.....नोडल शिक्षक का नाम.....मो.न.....

विद्यार्थी का नामपिता/माता का नाम

उम्र.....जन्म तिथि.....(दिनांक/माह/वर्ष)

जन्म स्थान : ☐ घर ☐ अस्पताल । लिंग : ☐ पुरुष ☐ महिला । जाति: ☐ अ.जा. ☐ अ.ज.जा. ☐ अ.पि. ☐ अन्य ।

आधार कार्ड नम्बर.....एमसीटीएस आईडी.....

ब्लड ग्रुप.....सिकलिंग जाँच हाँ/नहीं/नहीं किया.....

स्वास्थ्य परीक्षण

परीक्षण	लक्षण/ पैरामीटर	प्रथम मेंट	द्वितीय मेंट	तृतीय मेंट
दिनांक (दिन/माह/वर्ष)				
वजन	कि.ग्रा.			
उँचाई	से.मी.			
बीएमआई (BMI)	$BMI = \text{Weight(kg)} / \text{Height (M)}^2$			
रक्तचाप (mmhg)	सिस्टोलिक / डायस्टोलिक			
शारीरिक बनावट (Built)	सामान्य, मोटा, दुर्बल			
त्वचा की जाँच	सामान्य, खाज खुजली, चर्म रोग, झाँव, लालिमा			
आँख परीक्षण	सामान्य, दृष्टि दोष, तिरछापन, मोतियाबिन्द, इन्फेक्शन, अत्यधिक आँसू आना, सूजन, अन्य			
कान परीक्षण	सामान्य, श्रवणदोष, सूत्राव, अन्य दोष			
नाक परीक्षण	सामान्य, खून आना, असामान्य चपटापन			
दाँत परीक्षण	सामान्य, सड़न, दर्द, पायरिया, मसूड़े संबंधित समस्या, अन्य			
मुँह एवं गला परीक्षण	सामान्य, निगलने में परेशानी, कटे होंट एवं तालू, घेंघा रोग, होठों पर नीला पन, स्पीच			
हृदय परीक्षण	सामान्य, जन्मजात हृदय रोग से संबंधित लक्षण जैसे होठों पर नीला पन, असामान्य			
स्वशन तंत्र परीक्षण	हृदय गति, पैरों में सूजन आदि			
(छाती और फेफड़ा)	सामान्य, बार बार खोंसी, साँस लेने में कठनाई अथवा सीटी जैसे बजना,			
पेट की जाँच	तिल्ली, लिवर, एवं अन्य अवयवों का असामान्य वृद्धि			
जोड़ संबंधी परीक्षण				
निचले पैर (Legs)	सामान्य, एक पैर का छोटापन, असामान्य चाल, घुटनों का टकराना, धनुष आकार पैर,			
पैर (Foot)	सामान्य, पैर का टेढ़ापन, सूजन, पैर में असामान्य उभार/सूजन			
मस्तिष्क एवं स्नायु तंत्र(CNS)	सामान्य, लकवा, डाउन सिन्ड्रोम के लक्षण,			
रीढ़ परीक्षण	सामान्य, रीढ़ में असामान्य सूजन अथवा गढ़ा, बालों का गुच्छा, फोड़ा, अन्य			

निदान

क्र.	जाँच	भ्रमण 1		भ्रमण 2		भ्रमण 3	
		कोड	कारण	कोड	कारण	कोड	कारण
01	जन्मजात विकृति						
02	कुपोषण संबंधी बीमारियाँ						
03	बीमारियाँ						
04	शिशु विकास संबंधी अवरोध एवं विकलांगता						
05	अन्य						

सॉलिडबनो इंडिया

साप्ताहिक आयरन टेबलेट वितरण की जानकारी (तिथि अंकित करें)

क्र.	माह 1	माह 2	माह 3	माह 4	माह 5	माह 6	माह 7	माह 8	माह 9	माह 10	माह 11	माह 12
01												
02												
03												
04												
05												

एलबेंडाजॉल प्रथम खुराक की तिथि

एलबेंडाजॉल द्वितीय खुराक की तिथि

संदर्भित सेवाएं

इलाज के लिए उच्च संस्था में भेजा (हाँ/नहीं)दिनांक (यदि हाँ).....

यदि हाँ तो कारण

स्वास्थ्य संस्थान का नाम.....

प्रकार (प्रा.स्वा./सा.स्वा.के./जि.चि./मेडिकल कालेज/पोषण पुनर्वास केन्द्र).....

रिफरल तारीख.....आर.बी.एस.के. टीम कोड.....

टीम प्रभारी का नाम.....

प्रथम जाँच

द्वितीय जाँच

तृतीय जाँच

नाम व हस्ताक्षर	पालक			
	आ.बा.का.			
	आर.बी.एस.के. टीम प्रभारी			

निःशुल्क सेवा : टोल फ्री नं. _____

102 महतारी एक्सप्रेस एम्बुलेंस सेवा गर्भवती माता एवं 1 वर्ष के शिशुओं के लिए ।

104 उपचार परामर्श एवं चिकित्सकीय जानकारी के लिए । **108** संजीवनी एक्सप्रेस एम्बुलेंस सेवा चिकित्सकीय आपातकाल के लिए