



परिवार नियोजन ऑपरेशन – महिला बंध्याकरण पश्चात्

निर्देश कार्ड

पंजीयन संख्या OPD NO.

IPD No.

स्वास्थ्य संस्थान का नाम :- DH/SDH/RH/CHC/PHC/APHC..... जिला का नाम:.....

प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी का नाम एवं मोबाईल नं0:.....

ऑपरेशन करने वाले चिकित्सा पदाधिकारी का नाम एवं मोबाईल नं:.....

लाभार्थी का नाम :

लाभार्थी के पिता का नाम :

लाभार्थी के पति का नाम :

ऑपरेशन की तिथि (दिन/महिना/वर्ष) /..... /.....

ऑपरेशन विधि :- 1. मिनीलैप 2. लैप्रोस्कोपिक 3. प्रसवोत्तर मिनीलैप

1. ऑपरेशन के बाद जाँच हेतु सम्पर्क करें-

- (a) पहला संपर्क ऑपरेशन के 48 घंटे के उपरांत संबंधित/नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर चिकित्सक से करें
 - (b) टॉका खोलने के लिए 7वें दिन संबंधित/नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर आएँ
 - (c) ऑपरेशन के एक महीने बाद या पहला मासिक धर्म के उपरांत (जो भी पहले हो) जाँच कराएँ
 - (d) आपातकालीन स्थिति में जब कभी भी जरूरत हो नजदीक के स्वास्थ्य केन्द्र पर सम्पर्क करें।
2. चिकित्सक के सलाह के अनुसार निर्धारित दवा का सेवन अवश्य करें
 3. घर लौटने के बाद दिये गये सलाह के अनुरूप आराम करें।
 4. ऑपरेशन के 48 घंटे के पश्चात हल्का काम कर सकते हैं एवं ऑपरेशन के दो सप्ताह के अंदर धीरे-धीरे सभी काम करना प्रारंभ कर सकते हैं।
 5. सामान्य आहार जितनी जल्दी हो लेना शुरू करें। हरी सब्जियाँ, दाल, सलाद एवं दूध का सेवन अवश्य करें।
 6. ऑपरेशन/चीरा वाली जगह को साफ एवं सुखा रखें। पट्टी को नहीं खोलें एवं छेड़छाड़ मत करें।
 7. ऑपरेशन के 24 घंटे उपरांत साबुन लगाकर स्नान कर सकते हैं या शरीर के सारे भाग को गर्मपानी तथा साबुन की मदद से साफ कर पोछ लें।
 8. पट्टी अगर भीग जाती है तो उसे बदल देना चाहिए। ऑपरेशन वाली जगह सुखा रखना चाहिए जब तक कि टॉका खोल नहीं दिया जाता है।

9. सामान्य बंध्याकरण या लैप्रोस्कोपिक मिनीलैप में लाभार्थी एक सप्ताह बाद या जब भी सहज महसूस करें, यौन संबंध बना सकते हैं। प्रसवोत्तर बंध्याकरण (सीजेरियन या सामान्य प्रसव पश्चात) की स्थिति में 2 सप्ताह पश्चात या जब भी सहज महसूस करें यौन संबंध बना सकते हैं।
10. अत्यधिक दर्द, बेहोशी, बुखार या खून बह रहा हो, या चीरा/कटे वाली जगह से पीव/मवाद निकल रहा हो तो तुरंत चिकित्सक अथवा नजदीक के स्वास्थ्य केन्द्र पर सम्पर्क करें।
11. ज्यादा जोर लगाकर शौच न करें, कब्जियत होने की स्थिति में स्वास्थ्य केन्द्र में सम्पर्क करें।
12. ऑपरेशन के तीन महीने बाद तक कोई भारी सामान न उठाएँ।
13. किसी भी संदेह/शंका की स्थिति में भी स्वास्थ्य कर्मी से सम्पर्क अवश्य स्थापित करें।
14. ऑपरेशन उपरांत अगर दो सप्ताह के अंदर मासिक धर्म नहीं आया है तो संभावित गर्भ जाँच हेतु निकटतम स्वास्थ्य संस्थान में संपर्क करें।

फॉलो अप विवरणी

पुनः जाँच	ऑपरेशन के बाद का समय	फॉलो अप (पुनः जाँच) की तिथि	जटिलताएँ अगर कोई हो	कार्रवाई की गई (टिप्पणी)	पोस्ट ऑपरेटिव जाँच करने वाले चिकित्सक का नाम एवं हस्ताक्षर
प्रथम	48 घंटा				
द्वितीय	7 वें दिन				
तीसरा	ऑपरेशन के एक माह पश्चात् या प्रथम मासिक धर्म के पश्चात् (जो भी पहले हो)				
आपातकालीन					

अतिरिक्त टिप्पणी (अगर कुछ हो तो)

रिपोर्ट संधारक का नाम :

पदनाम :

रिपोर्ट संधारक का हस्ताक्षर

1284

पुरुष नसबन्दी पश्चात्

निर्देश कार्ड

पंजीयन संख्या OPD NO.

IPD No.

स्वास्थ्य संस्थान का नाम :- DH/SDH/RH/CHC/PHC/APHC..... जिला का नाम:.....

प्रभारी चिकित्सापदाधिकारी का नाम एवं मोबाईल नं०:.....

ऑपरेशन करने वाले चिकित्सा पदाधिकारी का नाम एवं मोबाईल नं०:.....

लाभार्थी का नाम :

लाभार्थी के पिता का नाम :

लाभार्थी के पत्नी का नाम :

ऑपरेशन की तिथि (दिन/महिना/वर्ष) / /

ऑपरेशन विधि :- 1. एन० एस० भी (NSV) 2. पारम्परिक पुरुष नसबन्दी

1. जाँच हेतु सम्पर्क करें—

(a) पहला संपर्क 48 घंटे के उपरांत संबंधित/नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर चिकित्सक से करें

(b) टाँका हटाने के लिए 7वें दिन संबंधित/नजदीकी स्वास्थ्य केन्द्र पर आएँ

(c) पुरुष नसबन्दी पश्चात् वीर्य जाँच हेतु, तीन माह के बाद आएँ

(d) आपातकालीन स्थिति में जब कभी भी जरूरत हो नजदीक के स्वास्थ्य केन्द्र पर जाएँ।

2. चिकित्सक के सलाह के अनुसार निर्धारित दवा का सेवन करें

3. घर लौटकर दिये गये सलाह के अनुरूप आराम करें।

4. नसबन्दी के 48 घंटे के पश्चात तक अंडकोषीय समर्थन हेतु अच्छी तरह से आंतरिक कपड़ों को बाँधे रखें।
48 घंटे के बाद सामान्य काम करना शुरू कर सकते हैं।

5. ऑपरेशन के एक सप्ताह बाद आसानी से सभी काम प्रारंभ कर सकते हैं, साईकिल भी आसानी चला सकते हैं।

6. सामान्य आहार जितनी जल्दी हो शुरू करें।

7. कटे वाली जगह को साफ एवं सुखा रखें। पट्टी को नहीं खोले एवं छेड़छाड़ मत करें।

8. ऑपरेशन के 24 घंटे के उपरांत स्नान कर सकते हैं। अगर पट्टी भींग जाती है तो उसे बदल देना चाहिए। ऑपरेशन वाली जगह सुखा रखना चाहिए जब तक कि टाँका हटा नहीं दिया जाता है।

9. ऑपरेशन उपरांत यौन संबंध :- नसबंदी से यौन संबंधों के सुख एवं क्रिया को किसी तरह से बाधा नहीं पहुँचता है। लाभार्थी अपनी सहजता के अनुसार कभी भी यौन संबंध बना सकते हैं किंतु कंडोम का उपयोग तीन माह तक अवश्य करना चाहिए (अगर उसकी पत्नी/साथी किसी अन्य गर्भनिरोधक का उपयोग नहीं कर रही है।)
10. अत्यधिक दर्द, बेहोशी, बुखार या खून बह रहा हो, या चीरा/कटे वाली जगह से पीव/मवाद निकल रहा हो तो तुरंत चिकित्सक अथवा नजदीक के स्वास्थ्य केन्द्र में सम्पर्क करें।
11. किसी भी संदेह/शंका की स्थिति में भी स्वास्थ्य कर्मी से सम्पर्क अवश्य स्थापित करें।
12. पुरुष नसबंदी – तीन महीने के बाद वीर्य जाँच हेतु स्वास्थ्य संस्थान पर जरूर आये। यह पता करने हेतु कि वीर्य में शुक्राणुहीनता आ पाई है कि नहीं। अगर वीर्य में शुक्राणु अब भी मौजूद है तो प्रत्येक माह 6 माह तक स्वास्थ्य संस्थान पर जरूर आएँ।

फॉलो अप विवरणी

पुनः जाँच	ऑपरेशन के बाद का समय	फॉलो अप (पुनः जाँच) की तिथि	जटिलताएँ (अगर कोई हो)	कार्रवाई की गई (टिप्पणी)	पोस्ट ऑपरेटिव जाँच करने वाले चिकित्सक का नाम एवं हस्ताक्षर
पहला	48 घंटा				
दूसरा	7 वें दिन				
तीसरा	तीन माह के बाद वीर्य परीक्षण हेतु				
आपातकालीन					

टिप्पणी

वीर्य परीक्षण का परिणाम:.....

रिपोर्ट संधारक का नाम :.....

पदनाम :.....

रिपोर्ट संधारक का हस्ताक्षर

1282

महिला बंध्याकरण प्रमाण-पत्र

पंजीयन संख्या (IPD/OPD no).....

स्वास्थ्य संस्थान का नाम: जिला का नाम:

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती W/O..... जो कि..... के रूप में काम कर रही है तथाके निवासी है। इनका बंध्याकरण (मिनीलैप/लैप्रोस्कोपिक/प्रसवोत्तर मिनीलैप) इस स्वास्थ्य संस्थान (स्वास्थ्य संस्थान का नाम) में दिनांकको डा0..... (चिकित्सक का नाम) के द्वारा किया गया है।

2. इनका मासिक धर्म चक्र फिर से शुरू हो गया है (LMP) या इनका मासिक धर्म महीने के पश्चात् भी वापस नहीं आया है लेकिन गर्भावस्था जाँच नकारात्मक (-Ve) है।

अतः प्रमाणित है कि अब ये महिला बंधीकृत है।

प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर

नाम:

दिनांक :

मुहर:

नोट: लाभार्थी द्वारा यह स्वीकृत होना चाहिए कि वास्तविक प्रति उन्होंने प्राप्त कर ली है तथा एक प्रतिलिपि हस्ताक्षर कर संस्थान में दे दिया है। दूसरी प्रतिलिपि रिकार्ड संधारण के रूप में स्वास्थ्य संस्थान में सुरक्षित रहेगा।


पुरुष नसबंदी प्रमाण-पत्र

पंजीयन संख्या (IPD/OPD no).....

स्वास्थ्य संस्थान का नाम: जिला का नाम:.....

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री S/O..... जो कि..... के रूप में काम कर रहे हैं तथाके निवासी हैं। इनका पुरुष नसबंदी (NSV/ पारम्परिक) इस स्वास्थ्य संस्थान (स्वास्थ्य संस्थान का नाम) में दिनांकको डा0..... (चिकित्सक का नाम) के द्वारा किया गया है।
2. इनके वीर्य का परीक्षण दिनांक को किया गया एवं इनके वीर्य में कोई शुक्राणु नहीं पाया गया है (शुक्राणुहीनता)।

अतः प्रमाणित है कि अब ये पुरुष बंधीकृत हैं।

प्रभारी चिकित्सा पदाधिकारी का हस्ताक्षर

नाम:

दिनांक :

मुहर:

नोट: लाभार्थी द्वारा यह स्वीकृत होना चाहिए कि वास्तविक प्रति उन्होंने प्राप्त कर ली है तथा एक प्रतिलिपि हस्ताक्षर कर संस्थान में दे दिया है। दूसरी प्रतिलिपि रिकार्ड संधारण के रूप में स्वास्थ्य संस्थान में सुरक्षित रहेगा।