



नाम :

संस्था का नाम :

बस्ती/गाँव :

जोन/पंचायत :

वार्ड नं./ब्लॉक :

जिला :

फोन नं. :

विषय सूची

प्रारूप क्रमांक	विषय	पृष्ठ क्र. से तक
1	बस्ती / गाँव का विवरण	
2	क्लस्टर की जानकारी	
3	सामुदायिक सहयोगियों की जानकारी	
4	स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की जानकारी	
5	स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में सहयोग की जानकारी	
6	विद्यालय की जानकारी	
7	आउटलेट / दुकानों की जानकारी	
8	मच्छर की पैदाइश रोकने के लिए पानी जमा होने वाले स्थानों का प्रबंधन	
9	TTT / रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी	
10	उपयोग किये जाने वाले संकेतों की जानकारी	
11	चौपाल की जानकारी	
12	डूँगू की जाँच एवं संबंधित गतिविधियों की जानकारी	

खाली पेज

प्रारूप क्रमांक 1 – बस्ती / गाँव का विवरण

स्लम का विवरण			
बस्ती/गाँव का नाम –	लेटीट्यूड – लॉन्गीट्यूड –	म्युनिसिपल कॉरपोरेशन –	स्लम का कोड –
बी.सी.सी.एफ. जोन –	वार्ड –	जिला –	
कुल परिवार –	कुल क्लस्टर –	कुल जनसंख्या –	
बी.सी.सी.एफ. का नाम –			सामुदायिक सहयोगी –
स्लम का सामाजिक मानचित्र / परिवार सूची			
सामाजिक मानचित्र बनाने का दिनांक		D D M M Y Y	सामाजिक मानचित्र बनाने में सहयोगी
सेवा प्रदाता	सेवाएँ		
आशा कार्यकर्ता (शहरी / ग्रामीण)		आरोग्य केन्द्र या आंगनबाड़ी केंद्र	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
आंगनबाड़ी कार्यकर्ता		शहरी स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
आंगनबाड़ी सहायिका		उप स्वास्थ्य केन्द्र	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
पार्षद / सभाषद / सरपंच का नाम		स्वास्थ्य सेवा प्रदाता	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
ए.एन.एम. / एल.डी.सी.एम.आई.एस.		प्राथमिक विद्यालय	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
स्वास्थ्य सेवा प्रदाता		माध्यमिक विद्यालय	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
ओझा/गुनिया/पण्डा			<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
दुकानें/आउटलेट			
		पानी जमा होने के स्थान	
स्लम के नजदीक स्वास्थ्य सेवा इकाइयाँ एवं दूरी			
उप स्वास्थ्य केन्द्र	UPHC / शहरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	जिला स्तरीय चिकित्सालय	निजी चिकित्सालय



प्रारूप क्रमांक 4 – स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की जानकारी (ANM, ट्रेनर, आशा संगिनी / सहयोगिनी आशा आदि)

सेवा प्रदाता का विवरण	सेवा प्रदाता का प्रकार या पदनाम	लेटीट्यूड	लॉगीट्यूड	प्रशिक्षण/उन्मुखीकरण की		प्रशिक्षण/उन्मुखीकरण का स्थान	आई.ई.सी. मटेरियल जो दिया गया हो	फैसिलिटेटर का नाम				
				दिनांक	विषय							
1	2	3	4	5		7	8	9				
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			



प्रारूप क्रमांक 4 – स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की जानकारी (ANM, ट्रेनर, आशा संगिनी / सहयोगिनी आशा आदि)

सेवा प्रदाता का विवरण	सेवा प्रदाता का प्रकार या पदनाम	लेटीट्यूड	लॉगीट्यूड	प्रशिक्षण/उन्मुखीकरण की		प्रशिक्षण/उन्मुखीकरण का स्थान	आई.ई.सी. मटेरियल जो दिया गया हो	फैसिलिटेटर का नाम				
				दिनांक	विषय							
1	2	3	4	5		7	8	9				
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			
नाम –				D	D	M	M	Y	Y			
पता –				D	D	M	M	Y	Y			
मोबाईल –				D	D	M	M	Y	Y			
				D	D	M	M	Y	Y			



प्रारूप क्रमांक 5 – स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में सहयोग की जानकारी

स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में उपस्थित सेवा प्रदाता

ऊषा/आशा कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी सहायिका		पार्षद/सरपंच एवं सदस्य		ए.एन.एम.		ओझा		स्वास्थ्य सेवा प्रदाता		सामुदायिक सहयोगी		सिटी/जिला समन्वयक		कार्यक्रम सहयोगी	
स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक	गर्भवती माताओं का विवरण (जिनकी मलेरिया की जाँच की गई)		जाँच का परिणाम	गर्भवती माता ने पिछली रात मच्छरदानी लगाई थी हाँ/नहीं		स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		रेफर किये गये बुखार के रोगियों का नाम क्लस्टर व परिवार क्रमांक		कुल खून की जाँच की गई	कुल मलेरिया पॉजीटिव	कितने मरीजों को मलेरिया की दवाई दी गई	कितने मरीजों का फॉलोअप किया गया	फॉलोअप किये गये कितने मरीजों ने अपना इलाज पूरा किया	ऑनलाइन एंट्री दिनांक	एक्सपोर्ट दिनांक			
	1	2		3	4	5	6	7	8								9	10	11
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	
D	D	नाम -		हाँ	D	D	नाम -												
M	M	क्लस्टर क्र. -			M	M	क्लस्टर क्र. -												
Y	Y	परिवार क्र. -			Y	Y	परिवार क्र. -												
		मो.																	



प्रारूप क्रमांक 5 – स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में सहयोग की जानकारी

स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में उपस्थित सेवा प्रदाता

ऊषा/आशा कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी सहायिका		पार्षद/सरपंच एवं सदस्य		ए.एन.एम.		ओझा		स्वास्थ्य सेवा प्रदाता		सामुदायिक सहयोगी		सिटी/जिला समन्वयक		कार्यक्रम सहयोगी							
स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		गर्भवती माताओं का विवरण (जिनकी मलेरिया की जाँच की गई)		जाँच का परिणाम		गर्भवती माता ने पिछली रात मच्छरदानी लगाई थी हाँ/नहीं		स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		रेफर किये गये बुखार के रोगियों का नाम क्लस्टर व परिवार क्रमांक		कुल खून की जाँच की गई		कुल मलेरिया पॉजीटिव		कितने मरीजों को मलेरिया की दवाई दी गई		कितने मरीजों का फॉलोअप किया गया		फॉलोअप किये गये कितने मरीजों ने अपना इलाज पूरा किया		ऑनलाइन एंट्री दिनांक		एक्सपोर्ट दिनांक	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.						Y	Y	मो.															



प्रारूप क्रमांक 5 – स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में सहयोग की जानकारी

स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में उपस्थित सेवा प्रदाता

ऊषा/आशा कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी सहायिका		पार्षद/सरपंच एवं सदस्य		ए.एन.एम.		ओझा		स्वास्थ्य सेवा प्रदाता		सामुदायिक सहयोगी		सिटी/जिला समन्वयक		कार्यक्रम सहयोगी							
स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		गर्भवती माताओं का विवरण (जिनकी मलेरिया की जाँच की गई)		जाँच का परिणाम		गर्भवती माता ने पिछली रात मच्छरदानी लगाई थी हाँ/नहीं		स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		रेफर किये गये बुखार के रोगियों का नाम क्लस्टर व परिवार क्रमांक		कुल खून की जाँच की गई		कुल मलेरिया पॉजीटिव		कितने मरीजों को मलेरिया की दवाई दी गई		कितने मरीजों का फॉलोअप किया गया		फॉलोअप किये गये कितने मरीजों ने अपना इलाज पूरा किया		ऑनलाइन एंट्री दिनांक		एक्सपोर्ट दिनांक	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	
D	D	नाम –				हाँ		D	D	नाम –															
M	M	क्लस्टर क्र. –						M	M	क्लस्टर क्र. –															
Y	Y	परिवार क्र. –						Y	Y	परिवार क्र. –															
		मो.						मो.																	



प्रारूप क्रमांक 5 – स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में सहयोग की जानकारी

स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस में उपस्थित सेवा प्रदाता

ऊषा/आशा कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी कार्यकर्ता		आंगनबाड़ी सहायिका		पार्षद/सरपंच एवं सदस्य		ए.एन.एम.		ओझा		स्वास्थ्य सेवा प्रदाता		सामुदायिक सहयोगी		सिटी/जिला समन्वयक		कार्यक्रम सहयोगी							
स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		गर्भवती माताओं का विवरण (जिनकी मलेरिया की जाँच की गई)		जाँच का परिणाम		गर्भवती माता ने पिछली रात मच्छरदानी लगाई थी हाँ/नहीं		स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस की दिनांक		रेफर किये गये बुखार के रोगियों का नाम क्लस्टर व परिवार क्रमांक		कुल खून की जाँच की गई		कुल मलेरिया पॉजीटिव		कितने मरीजों को मलेरिया की दवाई दी गई		कितने मरीजों का फॉलोअप किया गया		फॉलोअप किये गये कितने मरीजों ने अपना इलाज पूरा किया		ऑनलाइन एंट्री दिनांक		एक्सपोर्ट दिनांक	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.				नहीं		Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.				नहीं		Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.				नहीं		Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.				नहीं		Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.				नहीं		Y	Y	मो.															
D	D	नाम -				हाँ		D	D	नाम -															
M	M	क्लस्टर क्र. -						M	M	क्लस्टर क्र. -															
Y	Y	परिवार क्र. -						Y	Y	परिवार क्र. -															
Y	Y	मो.				नहीं		Y	Y	मो.															



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 1

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)								
प्राचार्य का नाम		D	D					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		M	M					
कुल शिक्षक (पुरुष)		Y	Y					
कुल शिक्षक (महिला)		D	D					
विद्यार्थी की कक्षा		M	M					
सेक्सन		Y	Y					
कक्षाध्यापक का नाम								
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		M	M					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 2

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)		D	D					
प्राचार्य का नाम		M	M					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल शिक्षक (पुरुष)		D	D					
कुल शिक्षक (महिला)		M	M					
विद्यार्थी की कक्षा		Y	Y					
सेक्सन		D	D					
कक्षाध्यापक का नाम		M	M					
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		M	M					
		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 3

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)		D	D					
प्राचार्य का नाम		M	M					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल शिक्षक (पुरुष)		D	D					
कुल शिक्षक (महिला)		M	M					
विद्यार्थी की कक्षा		Y	Y					
सेक्सन		D	D					
कक्षाध्यापक का नाम		M	M					
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		M	M					
		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 4

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)								
प्राचार्य का नाम		D	D					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		M	M					
कुल शिक्षक (पुरुष)		Y	Y					
कुल शिक्षक (महिला)		D	D					
विद्यार्थी की कक्षा		M	M					
सेक्सन		Y	Y					
कक्षाध्यापक का नाम								
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		M	M					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 5

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)								
प्राचार्य का नाम		D	D					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		M	M					
कुल शिक्षक (पुरुष)		Y	Y					
कुल शिक्षक (महिला)		D	D					
विद्यार्थी की कक्षा		M	M					
सेक्सन		Y	Y					
कक्षाध्यापक का नाम								
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		M	M					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 6

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)		D	D					
प्राचार्य का नाम		M	M					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल शिक्षक (पुरुष)		D	D					
कुल शिक्षक (महिला)		M	M					
विद्यार्थी की कक्षा		Y	Y					
सेक्सन		D	D					
कक्षाध्यापक का नाम		M	M					
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		M	M					
		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 7

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)		D	D					
प्राचार्य का नाम		M	M					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल शिक्षक (पुरुष)		D	D					
कुल शिक्षक (महिला)		M	M					
विद्यार्थी की कक्षा		Y	Y					
सेक्सन		D	D					
कक्षाध्यापक का नाम		M	M					
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		M	M					
		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 6 – विद्यालय की जानकारी

विद्यालय क्र. 8

लेटीट्यूट	एक्टिविटी	दिनांक		प्रतिभागियों की संख्या	प्रतिभागियों के नाम	आउटपुट	मलेरिया/डेंगू योद्धा विद्यार्थी का नाम	मलेरिया / डेंगू योद्धा विद्यार्थी का मोबाइल नम्बर
लॉगीट्यूट								
स्कूल का कोड		D	D					
स्कूल का नाम		M	M					
स्कूल का प्रकार (माध्यमिक हाईस्कूल/हायरसेकण्ड्री)		Y	Y					
स्कूल का प्रबंधन (सरकारी/प्राइवेट/अन्य)		D	D					
प्राचार्य का नाम		M	M					
प्राचार्य का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल शिक्षक (पुरुष)		D	D					
कुल शिक्षक (महिला)		M	M					
विद्यार्थी की कक्षा		Y	Y					
सेक्सन		D	D					
कक्षाध्यापक का नाम		M	M					
कक्षाध्यापक का मोबाइल नं.		Y	Y					
कुल विद्यार्थी (लड़के)		D	D					
कुल विद्यार्थी (लड़कियाँ)		M	M					
		Y	Y					



प्रारूप क्रमांक 7 – आउटलेट विजिट की जानकारी

दुकान / दुकान मालिक का विवरण	विजिट दिनांक	कॉइल (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	फास्ट कार्ड (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर से बचने की क्रीम (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर भागने की अगरबत्ती (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	बिजली से चलने वाले मच्छर भगाने के साधन (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	अन्य तो कम्पनी का नाम लिखें	ऑनलाइन एंट्री दिनांक	एक्सपोर्ट दिनांक
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉन्गिट्यूड –														
मो.														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉन्गिट्यूड –														
मो.														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉन्गिट्यूड –														
मो.														



प्रारूप क्रमांक 7 – आउटलेट विजिट की जानकारी

दुकान / दुकान मालिक का विवरण	विजिट दिनांक	कॉइल (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	फास्ट कार्ड (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर से बचने की क्रीम (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर भागने की अगरबत्ती (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	बिजली से चलने वाले मच्छर भगाने के साधन (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	अन्य तो कंपनी का नाम लिखें	ऑनलाइन एंटी दिनांक	एक्सपोर्ट दिनांक
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉंगीट्यूड –														
मो. 														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉंगीट्यूड –														
मो. 														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉंगीट्यूड –														
मो. 														



प्रारूप क्रमांक 7 – आउटलेट विजिट की जानकारी

दुकान / दुकान मालिक का विवरण	विजिट दिनांक	कॉइल (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	फास्ट कार्ड (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर से बचने की क्रीम (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर भागने की अगरबत्ती (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	बिजली से चलने वाले मच्छर भगाने के साधन (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	अन्य तो कम्पनी का नाम लिखें	ऑनलाइन एंट्री दिनांक	एक्सपोर्ट दिनांक
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉन्गिट्यूड –														
मो. 														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉन्गिट्यूड –														
मो. 														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉन्गिट्यूड –														
मो. 														



प्रारूप क्रमांक 7 – आउटलेट विजिट की जानकारी

दुकान / दुकान मालिक का विवरण	विजिट दिनांक	कॉइल (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	फास्ट कार्ड (हाँ/ नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर से बचने की क्रीम (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	मच्छर भागने की अगरबत्ती (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	बिजली से चलने वाले मच्छर भगाने के साधन (हाँ / नहीं)	अगर हाँ, तो कम्पनी का नाम	अन्य तो कम्पनी का नाम लिखें	ऑनलाइन एंट्री दिनांक	एक्सपोर्ट दिनांक
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉंगीट्यूड –														
मो.														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉंगीट्यूड –														
मो.														
नाम –														
पता –														
मालिक का नाम –														
लेटीट्यूड –														
लॉंगीट्यूड –														
मो.														



प्रारूप क्रमांक 8 – मच्छरों की पैदाइस रोकने के लिये पानी जमा होने वाले स्थानों को प्रबंधन

लेटीट्यूड लॉगीट्यूड	पानी जमा होने का स्थान वार्ड नं. स्लम नाम	प्रकार	प्रबंधन का प्रकार	गतिविधि का दिनांक																		
				1	2	3	4	5	अप्रैल	मई	जून	जुलाई	अगस्त	सितम्बर	अक्टूबर	नवम्बर	दिसम्बर	जनवरी	फरवरी	मार्च		
			सुख गया																			
			ऑयल फिलिंग /																			
			टेमोफास																			
			गंबूसिया																			
			भर दिया																			
			सुख गया																			
			ऑयल फिलिंग /																			
			टेमोफास																			
			गंबूसिया																			
			भर दिया																			
			सुख गया																			
			ऑयल फिलिंग /																			
			टेमोफास																			
			गंबूसिया																			
			भर दिया																			
			सुख गया																			
			ऑयल फिलिंग /																			
			टेमोफास																			
			गंबूसिया																			
			भर दिया																			



प्रारूप क्रमांक 9 – Test Treat & Track (TTT) रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी

क्र.	आशा का नाम	कलस्टर का नाम	परिवार क्र.	परिवार के मुखिया का नाम	रोगी का नाम	आयु	लिंग	मोबाईल नं.	यदि रोगी गर्भवती महिला है तो ✓ करें	बुखार पता चलने का दिनांक				जाँच का प्रकार	मलेरिया जाँच का दिनांक				अन्य लक्षण	जाँच का परिणाम		जाँच/उपचार कहाँ कराया गया- स्थान	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				12	13				14	15		16	
							म.			D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.			Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.			D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.			Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.			D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.			Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.			D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.			Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.			D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.			Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.			D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.			Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना



उपचार शुरू होने का दिनांक	दिया गया उपचार																
	पी.एफ.			पी.वी.													
	(As+SP)	(As+PQ)	(As)	(CQ+PQ)	(CQ+PQ)	(CQ+PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)		
	दिन 1	दिन 2	दिन 3	दिन 1	दिन 2	दिन 3	दिन 4	दिन 5	दिन 6	दिन 7	दिन 8	दिन 9	दिन 10	दिन 11	दिन 12	दिन 13	दिन 14
17	18			19													
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M



प्रारूप क्रमांक 9 – Test Treat & Track (TTT) रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी

क्र.	मलेरिया पॉजिटिव रोगी के परिवार के सभी सदस्यों का रक्त जाँच किये जाने का विवरण				मलेरिया पॉजिटिव रोगी पाए जाने पर गाँव में बुखार रोगियों का सर्वे किये जाने का विवरण			यदि मृत्यु हुई है तो मृत्यु का दिनांक और स्थान		किये गए फॉलोअप का विवरण					कोआर्डिनेटर्स / अन्य सुपरवाइजर के भ्रमण का विवरण											
	दिनांक	परिवार के कुल सदस्य	जाँच किये गए सदस्यों की संख्या	बुखार के रोगियों की संख्या	बुखार के रोगियों की जाँच की संख्या	मलेरिया के रोगियों की संख्या	दिनांक	स्थान	पहला फॉलोअप का दिनांक	रिपोर्ट	दूसरा फॉलोअप का दिनांक	रिपोर्ट	तीसरा फॉलोअप का दिनांक	रिपोर्ट	दिनांक	नाम व पद										
28	29				30			31		32					33											
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y



प्रारूप क्रमांक 9 – Test Treat & Track (TTT) रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी

क्र.	आशा का नाम	कलस्टर का नाम	परिवार क्र.	परिवार के मुखिया का नाम	रोगी का नाम	आयु	लिंग	मोबाईल नं.	यदि रोगी गर्भवती महिला है तो ✓ करें	बुखार पता चलने का दिनांक				जाँच का प्रकार	मलेरिया जाँच का दिनांक				अन्य लक्षण	जाँच का परिणाम		जाँच/उपचार कहाँ कराया गया- स्थान		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				12	13				14	15		16		
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना



उपचार शुरू होने का दिनांक	दिया गया उपचार																
	पी.एफ.			पी.वी.													
	(As+SP)	(As+PQ)	(As)	(CQ+PQ)	(CQ+PQ)	(CQ+PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)		
	दिन 1	दिन 2	दिन 3	दिन 1	दिन 2	दिन 3	दिन 4	दिन 5	दिन 6	दिन 7	दिन 8	दिन 9	दिन 10	दिन 11	दिन 12	दिन 13	दिन 14
17	18			19													
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M



प्रारूप क्रमांक 9 – Test Treat & Track (TTT) रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी

क्र.	मलेरिया पॉजिटिव रोगी के परिवार के सभी सदस्यों का रक्त जाँच किये जाने का विवरण				मलेरिया पॉजिटिव रोगी पाए जाने पर गाँव में बुखार रोगियों का सर्वे किये जाने का विवरण			यदि मृत्यु हुई है तो मृत्यु का दिनांक और स्थान		किये गए फॉलोअप का विवरण					कोआर्डिनेटर्स / अन्य सुपरवाइजर के भ्रमण का विवरण											
	दिनांक	परिवार के कुल सदस्य	जाँच किये गए सदस्यों की संख्या	बुखार के रोगियों की संख्या	बुखार के रोगियों की जाँच की संख्या	मलेरिया के रोगियों की संख्या	दिनांक	स्थान	पहला फॉलोअप का दिनांक	रिमार्क	दूसरा फॉलोअप का दिनांक	रिमार्क	तीसरा फॉलोअप का दिनांक	रिमार्क	दिनांक	नाम व पद										
28	29				30			31		32					33											
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y





चौपाल



गृह भ्रमण



ताला बंद



इस घर में आने / छोड़ने
का दिनांक



मच्छरदानी



जाली



क्रीम / तेल



इलेक्ट्रिक रेपेलेंट



क्वायल



स्प्रे



अगरबत्ती



नीम के पत्ते/
कंडे का धुआं



फास्ट कार्ड



आई आर एस

O

ऑयल फिल्मिंग

T

टेमेफोज

E - एम्पिटी

(खाली कराया)



पानी का नल



टिन के बर्तन



कूलर



टूटे फूटे बर्तन



गमले



कंस्ट्रक्शन



टायर



फ्रीज



पानी की टंकी



कंटेनर अन्य



ऑयल फिल्मिंग
या टेमोफॉस



खाली कराया

खाली पेज

प्रारूप क्रमांक 12 – डेंगू की जाँच एवं संबंधित गतिविधियों की जानकारी

क्र. सं.	संदिग्ध बुखार के रोगी का नाम	पिता /पति का नाम	म. /पु.	उम्र	परिवार क्र.	मोबाइल नं.	बुखार आने की दिनांक	रक्त परीक्षण स्थान का नाम व दिनांक	धानात्मक रोगी			उपचार शुरू होने का दिनांक	फैसिलिटी का नाम	एडमिशन का दिनांक	एडमिशन के समय कंडीशन	परिणाम का दिनांक व सैपल का परिणाम	धानात्मक निकलने पर की गयी गतिविधियां (400 मीटर क्षेत्र)	इलाज पूर्ण / मृत्यु
									IgM मैक एलिसा-हॉ / नहीं	NS1 एंटीजन-हॉ / नहीं	परिवार में कुल मरीज							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
							D D	स्थान								परिणाम	एंटी लारवा सर्वे	
							M M	D D								D D	फॉगिंग	
							Y Y	M M								M M	रैपिड फीवर सर्वे	
								Y Y								Y Y	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	
																	एंटी लारवा सर्वे	
																	फॉगिंग	
																	रैपिड फीवर सर्वे	
																	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	
																	एंटी लारवा सर्वे	
																	फॉगिंग	
																	रैपिड फीवर सर्वे	
																	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	
																	एंटी लारवा सर्वे	
																	फॉगिंग	
																	रैपिड फीवर सर्वे	
																	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	



प्रारूप क्रमांक 12 – डेंगू की जाँच एवं संबंधित गतिविधियों की जानकारी

क्र. सं.	संदिग्ध बुखार के रोगी का नाम	पिता /पति का नाम	म. /पु.	उम्र	परिवार क्र.	मोबाइल नं.	बुखार आने की दिनांक	रक्त परीक्षण स्थान का नाम व दिनांक	धानात्मक रोगी			उपचार शुरू होने का दिनांक	फैसिलिटी का नाम	एडमिशन का दिनांक	एडमिशन के समय कंडीशन	परिणाम का दिनांक व सैपल का परिणाम	धानात्मक निकलने पर की गयी गतिविधियां (400 मीटर क्षेत्र)	इलाज पूर्ण / मृत्यु
									IgM मैक एलिसा-हॉ / नहीं	NS1 एंटीजन-हॉ / नहीं	परिवार में कुल मरीज							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
							D D	स्थान								परिणाम	एंटी लारवा सर्वे	
							M M	D D								D D	फॉगिंग	
							Y Y	M M								M M	रैपिड फीवर सर्वे	
								Y Y								Y Y	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	
																	एंटी लारवा सर्वे	
																	फॉगिंग	
																	रैपिड फीवर सर्वे	
																	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	
																	एंटी लारवा सर्वे	
																	फॉगिंग	
																	रैपिड फीवर सर्वे	
																	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	
																	एंटी लारवा सर्वे	
																	फॉगिंग	
																	रैपिड फीवर सर्वे	
																	आई.इ.सी. एक्टिविटी	
																	स्पेस स्त्रे	



खाली पेज

प्रारूप क्रमांक 9 – Test Treat & Track (TTT) रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी

क्र.	मलेरिया पॉजिटिव रोगी के परिवार के सभी सदस्यों का रक्त जाँच किये जाने का विवरण				मलेरिया पॉजिटिव रोगी पाए जाने पर गाँव में बुखार रोगियों का सर्वे किये जाने का विवरण			यदि मृत्यु हुई है तो मृत्यु का दिनांक और स्थान		किये गए फॉलोअप का विवरण					कोआर्डिनेटर्स / अन्य सुपरवाइजर के भ्रमण का विवरण											
	दिनांक	परिवार के कुल सदस्य	जाँच किये गए सदस्यों की संख्या	बुखार के रोगियों की संख्या	बुखार के रोगियों की जाँच की संख्या	मलेरिया के रोगियों की संख्या	दिनांक	स्थान	पहला फॉलोअप का दिनांक	रिपोर्ट	दूसरा फॉलोअप का दिनांक	रिपोर्ट	तीसरा फॉलोअप का दिनांक	रिपोर्ट	दिनांक	नाम व पद										
28	29				30			31		32					33											
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	D	D	M	M					D	D	M	M	घर पर	शासकीय चिकित्सालय	D	D	M	M	D	D	M	M	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y					Y	Y	Y	Y		अन्य	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y



प्रारूप क्रमांक 9 – Test Treat & Track (TTT) रोगी जाँच एवं उपचार की जानकारी

क्र.	आशा का नाम	कलस्टर का नाम	परिवार क्र.	परिवार के मुखिया का नाम	रोगी का नाम	आयु	लिंग	मोबाईल नं.	यदि रोगी गर्भवती महिला है तो ✓ करें	बुखार पता चलने का दिनांक				जाँच का प्रकार	मलेरिया जाँच का दिनांक				अन्य लक्षण	जाँच का परिणाम		जाँच/उपचार कहाँ कराया गया- स्थान		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				12	13				14	15		16		
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना
							म.				D	D	M	M	RDT	D	D	M	M		पी.एफ.	मिक्सड	अरबन आशा	शासकीय दवाखाना
							पु.				Y	Y	Y	Y	स्लाईड	Y	Y	Y	Y		पी.एफ.	निगेटिव	अन्य	प्रायवेट दवाखाना



उपचार शुरू होने का दिनांक	दिया गया उपचार																
	पी.एफ.			पी.वी.													
	(As+SP)	(As+PQ)	(As)	(CQ+PQ)	(CQ+PQ)	(CQ+PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)	(PQ)		
	दिन 1	दिन 2	दिन 3	दिन 1	दिन 2	दिन 3	दिन 4	दिन 5	दिन 6	दिन 7	दिन 8	दिन 9	दिन 10	दिन 11	दिन 12	दिन 13	दिन 14
17	18			19													
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
D	D	M	M	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Y	Y	Y	Y	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M



चौपाल/ग्रह भ्रमण की दिनांक _____ वस्ती/गाँव का नाम _____ क्लस्टर क्र. _____ मॉड्यूल क्र. _____ एप इंटी दिनांक _____ एक्सपोर्ट दिनांक _____

परिवार से मिलने का स्थान एवं सदस्यों की संख्या		जल भराव क्षेत्र	स्वच्छता अभियान	ऊषा/आशा कार्यकर्ता	आंगनवाड़ी कार्यकर्ता	आंगनवाड़ी सहायिका	पार्षद/सभापद सरपंच	ए.एन.एम.	ओझा	स्वास्थ्य सेवा प्रदाता	सामुदायिक सहयोगी	सिटी/जिला समन्वयक	कार्यक्रम सहयोगी			
														बुखार	परिवार द्वारा मच्छर से बचने के साधन का उपयोग/लावा सर्वे का विवरण	
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या	परिवार में मिलने वाले सदस्यों के नाम		मच्छरदाजी	क्रीम / तेल	व्यायल	अगरबत्ती	फास्ट कार्ड	जाड़ी	इलेक्ट्रिक स्पेलेंट	नीम के पत्ते / कड़े का पुआ	IRS छिड़काव	
							पानी का नल	कूलर	गमले	टायर	पानी की टकी	टिन के बर्तन	दूढ़े फूटे बर्तन/कवाड़	निर्माण कार्य	फ्रीज	अन्य बर्तन
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा
चौपाल	ग्रह भ्रमण	घर में ताला	घर प्रवेशक जान	सदस्य संख्या												
							लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा	लावा



