

১. আমি যে স্থানে প্রসব করতে চাই



হাসপাতাল



স্বাস্থ্যকেন্দ্রে



বাড়িতে

অন্য কোথাও

২. আমি যাকে দিয়ে প্রসব করতে চাই



ডাক্তার



নার্স/এফডব্লিউসি



সিএসবিএ

অন্য কেউ

৩. গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসব-পরবর্তী যে কোন জরুরি অবস্থার জন্য আমি যাব



সদর হাসপাতাল



এমসিডব্লিউসি



উপজেলা হাসপাতাল



ইউএইচ এন্ড এফডব্লিউসি

অন্য কোথাও

৪. প্রসব বা জরুরি অবস্থার জন্য হাসপাতালে বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে গেলে আমার সঙ্গে যাবে



স্বামী



মা/শ্বশুরি



বোন/ননদ



দাই

অন্য কেউ

৫. সম্ভাব্য জরুরী প্রয়োজনে প্রতিদিন সঞ্চয় করুন



সঞ্চয়



অন্য কোনভাবে

৬. প্রসব বা যে কোন জটিলতায় হাসপাতালে পৌঁছানোর জন্য যে যানবাহন ব্যবহার করবো



নৌকা



রিকশা



ভ্যান



কাঁধে বহন করার বাহন



অ্যাম্বুলেন্স

অন্য কোনভাবে

৭. জরুরি অবস্থায় রক্তের প্রয়োজনে সম্ভাব্য রক্তদাতা ঠিক করে রাখুন



নিজ পরিবারের সদস্য



আত্মীয়-স্বজন



প্রতিবেশী/বন্ধু-বান্ধব

রক্তদাতাদের নাম ১. _____ রক্তের গ্রুপ: _____ মোবাইল _____

২. _____ রক্তের গ্রুপ: _____ মোবাইল _____

নবজাতকের নিম্নের যে কোন
বিপদে দ্রুত চিকিৎসকের পরামর্শ নিন





গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
মাতৃ স্বাস্থ্য কর্মসূচী
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা-১২১২

মাতৃকৃত সেবা কার্ড
(এএনসি, পিএনসি ও বিপিসিআর কার্ড)

কার্ড নং:

কার্ড বিতরণের তারিখ: - -

১. সেবা কেন্দ্রের নাম :
২. গর্ভবতী মহিলার পরিচিতি :

মহিলার নামঃ	বয়সঃ	রেজিঃ নংঃ
স্বামী/ পিতার নামঃ	উচ্চতাঃ	
জাতীয় পরিচয় পত্র নংঃ	জন্ম নিবন্ধন নংঃ	সতেন্দ্র গ্রামঃ
বর্তমান ঠিকানাঃ গ্রাম/ মহল্লাঃ	ইউনিয়ন/পৌরসভাঃ	উপজেলা/ সিটি করপোরেশনঃ
জেলাঃ		
মহিলার মোবাইল নং - ১ঃ	মহিলার মোবাইল নং - ২ঃ	
অন্যান্য প্রয়োজনে যোগাযোগ- নামঃ	মোবাইল নংঃ	

৩. টিটি টিকার তথ্য (শিশু টিকাদান কার্ড ও টিটি টিকাদান কার্ড দেখে পূরণ করতে হবে)ঃ

	১ম	২য়	৩য়	৪র্থ	৫ম
তারিখঃ					

৪. বর্তমান গর্ভ সংক্রান্ত তথ্য (যুক্তিপূর্ণ গর্ভের তথ্য)

• বয়সঃ	<input type="checkbox"/> ২০ এর কম <input type="checkbox"/> ৩৫ এর বেশি	• উচ্চ রক্তচাপ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
• গর্ভ সংখ্যাঃ	<input type="checkbox"/> ১ম গর্ভ <input type="checkbox"/> ৪ বা ততোধিক গর্ভ	• ডায়াবেটিস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
• ছোট সন্তানের বয়সঃ	<input type="checkbox"/> ২ বছরের নিচে	• হৃদরোগ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
• উচ্চতাঃ	<input type="checkbox"/> ১৪৫ সে.মি. বা ৪ ফুট ১০ ইঞ্চির কম	• জন্ডিস	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
• মারাত্মক রক্তস্রাবতা (হিমো.)ঃ	<input type="checkbox"/> < ৭গ্রাম/ডি.এল এর কম	• যমজ বা ততোধিক গর্ভ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
		• রক্তক্ষরণ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
পূর্ববর্তী গর্ভের ইতিহাস		নং পূর্বের যে কোন গর্ভে নিম্নের যে কোন একটি জটিলতা থাকলে প্রযোজ্য ঘরে টিক চিহ্ন (✓) দিন				
গর্ভ	সন	ফলাফল*	প্রসবের ধরণ**	১	প্রসব পরবর্তী রক্তক্ষরণ	
১				২	জন্মসময় গর্ভকূল আটকে থাকা	
২				৩	বিলম্বিত প্রসব (১২ ঘন্টার বেশি প্রসব ব্যথা)/ বাধাগ্রস্ত প্রসব	
৩				৪	উচ্চ রক্তচাপ/ প্রি-একল্যাম্পশিয়া/ একল্যাম্পশিয়া/ ডায়াবেটিস	
৪				৫	গর্ভস্থ শিশুর মৃত্যু/ নবজন্মের মৃত্যু	
৫				৬	অন্যান্য (অগরিষ্ঠ প্রসব, জন্মকালীন জটিলতা, কম জন্ম ওজনের শিশু (২০০০ গ্রাম এর নিচে))	
* গর্ভের ফলাফলঃ জীবিত জন্ম বা মৃত জন্ম বা গর্ভপাত				** প্রসবের ধরণঃ স্বাভাবিক/ সিজার/ ভ্যাকুয়াম/ সেরসেপ		

৫. মেডিকেল ইতিহাস

	১ম চেক-আপ	২য় চেক-আপ	৩য় চেক-আপ	৪র্থ চেক-আপ	৪ এর অধিক চেক-আপ
তারিখ					
কাশি (৪ সপ্তাহের বেশি)					
জ্বর (৪ সপ্তাহের বেশি)					
অল্পতেই হাঁপিয়ে উঠেন					
শরীরের নিম্নাংশে পানি এসেছে					
উচ্চ রক্তচাপ আছে					
স্তনে চাকা আছে					
মন মন গ্রন্থাব/ গ্রন্থাজল জ্বলাপোড়া আছে					
গ্রন্থাবে রক্ত যায়					
তলপেটে ব্যথা আছে					
ডায়াবেটিস আছে কি না?					

Safe Motherhood Promotion : Operations Research on Safe Motherhood and Newborn Survival (SMPNS) Project

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (icddr,b)

In Collaboration with: RTM International and Shimantik



৬. গর্ভকালীন সেবা

শেষ মাসিকের তারিখ (LMP):

তারিখ	গর্ভকাল (সপ্তাহ)	ওজন (কেজি)	শারীরিক পরীক্ষা							
			রক্তচাপ (মি.মি. মার্কসী)	রক্তধ্বসতা (হ্যাঁ/না)	জড়িস (হ্যাঁ/না)	জরায়ুর উচ্চতা (সপ্তাহ/সে.মি)	গর্ভস্থ শিশু			
							স্বাভাবিক অবস্থান (হ্যাঁ/না)	নড়াচড়া (স্বাভাবিক/কম/ নড়াচড়া না করা)	হৃদস্পন্দন (.....বার/মিনিট)	

৭. প্রসব পরিকল্পনা এবং মা ও নবজাতকের বিপদচিহ্ন

ক. প্রসব পরিকল্পনাঃ	
কোথায় প্রসব করাবেন? <input type="checkbox"/> হাসপাতাল <input type="checkbox"/> ইউগ্রাইচ এন্ড এফডব্লিউসি <input type="checkbox"/> কমিউনিটি ক্লিনিক <input type="checkbox"/> বাড়ী	
কে আপনার প্রসব করাবেন?	
গর্ভাবস্থায় সমস্যা হলে কোন হাসপাতালে যাবেন?	
জরুরী প্রয়োজনে হাসপাতালে যাবার জন্য যানবাহনের ব্যবস্থা আছে কি?	
যাতায়াত ও চিকিৎসার জন্য সক্ষম করেছেন কি?	
প্রয়োজনে রক্তদাতা ঠিক করে রেখেছেন কি?	
সমস্যা হলে হাসপাতালে আপনার সঙ্গে কে যাবে?	

৮. গর্ভকালীন অন্যান্য সেবাঃ

ক. ৮ মাস গর্ভাবস্থা পূর্ণ হবার পর মিসোপ্রস্টোল বড়ি সরবরাহ করা হয়েছে/ পেয়েছে কি না?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না
খ. ৮ মাস গর্ভাবস্থা পূর্ণ হবার পর ৭.১% ক্লোরহেক্সিডিন সরবরাহ করা হয়েছে/ পেয়েছে কি না?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না

প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ (EDD): হাভিডা: প্যারা:

ল্যাব এবং অন্যান্য পরীক্ষার ফলাফল							চিকিৎসা ও পরামর্শ	রেফার/ পরবর্তী পরিদর্শনের তারিখ	সেবা কেন্দ্রের নাম	সেবা প্রদানকারীর নাম ও পদবী	স্বাক্ষর
রক্তের সুগার	হিমোগ্লোবিন (গ্রাম/ডি.এল/%)	প্রসাব পরীক্ষা		VDRL (-/+)	HBsAg (-/+)	অন্যান্য পরীক্ষার নাম ও ফল					
		এলবুমিন (নাই/আছে)	সুগার (নাই/আছে)								

খ. মায়ের প্রসবপূর্ব, প্রসবকালীন ও প্রসব পরবর্তী বিপদচিহ্ন গর্ভবহুয় রক্তশ্রাব	গ. নবজাতকের বিপদচিহ্ন বুকের দুধ টুনতে না পারা অথবা নেতিয়ে পড়া
প্রসবের সময় বা প্রসবের পর খুব বেশি রক্তশ্রাব	খিঁচুনি
গর্ভফুল না পড়া	শরীরের তাপমাত্রা বেড়ে যাওয়া বা জ্বর
অতিরিক্ত মাথা ব্যথা ও চোখে বাপসা দেখা	শরীরের তাপমাত্রা কমে যাওয়া বা ঠান্ডা হওয়া
ভীষণ জ্বর (১০০° ফা. এর উপরে)/ দুর্গন্ধযুক্ত যোনিশ্রাব	দ্রুত শ্বাস নেয়া অথবা বুকের খঁচা ভেতরে দেবে যাওয়া
বিলম্বিত প্রসব/ বাধাগ্রস্ত প্রসব	নাভি পাকা
খিঁচুনি	

* না অথবা নবজাতকের উপরোল্লিখিত কোন একটি বিপদচিহ্ন দেখা দিলে দ্রুত হাসপাতালে যেতে হবে।

৯. প্রসবের তথ্যাবলী

প্রসবের তারিখঃ	প্রসবের স্থানঃ <input type="checkbox"/> হাসপাতাল <input type="checkbox"/> ইটএইচ এড ফেডারিসি <input type="checkbox"/> কমিউনিটি ক্লিনিক <input type="checkbox"/> বাড়ী	প্রসবের ধরণঃ <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> সিজারিয়ান <input type="checkbox"/> ভ্যাকুয়াম <input type="checkbox"/> ফরসেপ
গর্ভের ফলাফলঃ <input type="checkbox"/> জীবিতঃ <input type="checkbox"/> মৃতঃ <input type="checkbox"/> গর্ভপাতঃ	শিশুর লিঙ্গঃ <input type="checkbox"/> ছেলেঃ <input type="checkbox"/> মেয়েঃ <input type="checkbox"/> অন্যান্যঃ	শিশুর ওজনঃ গ্রাম

১০. মায়ের প্রসব পরবর্তী সেবা

সেবার ধরণ	১ম চেক-আপ	২য় চেক-আপ	৩য় চেক-আপ	৪র্থ চেক-আপ
তারিখ				
রক্তচাপ (মি.মি. মার্কারী)				
তাপমাত্রা (ফা./সে.)				
রক্তস্রাব	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না
মায়ের বিপদচিহ্ন আছে কি না? (অতিরিক্ত রক্তস্রাব, দুর্গন্ধযুক্ত শ্রাব, খিচুনি, প্রচণ্ড জ্বর)	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না
জরায়ুর ইনভলিউশন	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়
স্তনের অবস্থা	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> স্বাভাবিক নয়
পেরিনিয়াম	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> ছিদ্রে গেছে	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> ছিদ্রে গেছে	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> ছিদ্রে গেছে	<input type="checkbox"/> স্বাভাবিক <input type="checkbox"/> ছিদ্রে গেছে
অন্যান্য অসুবিধা				
ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল প্রদান	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না			
চিকিৎসা ও পরামর্শ/ রেফার				
সেবাপ্রদানকারীর নাম ও পদবী				
১। সেবার স্থানঃ	১।	১।	১।	১।
২। স্বাক্ষরঃ	২।	২।	২।	২।
৩। তারিখঃ	৩।	৩।	৩।	৩।

১১. নবজাতকের প্রসব পরবর্তী সেবা

সেবার ধরণ	১ম চেক-আপ	২য় চেক-আপ	৩য় চেক-আপ	৪র্থ চেক-আপ
তারিখ				
ওজন (গ্রাম)				
তাপমাত্রা (ফা./সে.)				
শ্বাস (মিনিটে কতবার)				
নাভীর অবস্থা (স্বাভাবিক কি না?)	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না
নাভীতে ৭.১% ক্লোরফেঙ্কিডিন ব্যবহার	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না		
জন্মের পর ১ ঘন্টার মধ্যে বুকের দুধ (শাল দুধ) খাওয়ানো	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না			
জন্মের পর ত্বকে-ত্বক স্পর্শ পরিচর্যা	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না			
জন্মের পর প্রথম খোসলের সময় (কত দিন)				
ছয় মাস পর্যন্ত শুধুমাত্র মায়ের বুকের দুধ খাওয়ানোর কাউন্সেলিং	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না
নবজাতকের বিপদচিহ্ন আছে কি না? (বুকের দুধ টানতে না পারা/ সোঁতয়ে পড়া/ খিচুনি/ জ্বর/ তাপমাত্রা কমে যাওয়া/ দ্রুত শ্বাস নেয়া/ বুকের খাঁচা ভেঙে দেবে যাওয়া/ নতি পাকা)	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না	<input type="checkbox"/> হ্যা <input type="checkbox"/> না
চিকিৎসা ও পরামর্শ/ রেফার				
সেবাপ্রদানকারীর নাম ও পদবী				
১। সেবার স্থানঃ	১।	১।	১।	১।
২। স্বাক্ষরঃ	২।	২।	২।	২।
৩। তারিখঃ	৩।	৩।	৩।	৩।

১২. প্রসব পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা

প্রসব পরবর্তী জন্ম নিয়ন্ত্রণের ব্যবস্থা সম্পর্কে পরামর্শ দিন এবং যদি নিম্নের কোন পদ্ধতি গ্রহণের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকে তাহলে প্রযোজ্য ফেডে টিক চিহ্ন (✓) দিন

<input type="checkbox"/> আইইউডি	<input type="checkbox"/> আপন (মিনি পিল)	<input type="checkbox"/> ইমপ্লান্ট	<input type="checkbox"/> ইনজেকটেবলস্	<input type="checkbox"/> টিউবকটমি
উপদেশঃ	<ul style="list-style-type: none"> গর্ভকালীন ও প্রসব পরবর্তী সময়ে পর্যাপ্ত কিশোম ও পুষ্টিগত খাবার খেতে হবে প্রসব পরবর্তী জন্ম নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে শিশু জনের পরবর্তী ২ বছরের মধ্যে গর্ভ ধারণ থেকে বিরত থাকতে হবে মা অথবা নবজাতকের যে কোন একটি বিপদচিহ্ন দেখা দিলে দ্রুত হাসপাতালে যেতে হবে শিশুকে ৬ মাস বয়স পর্যন্ত শুধুমাত্র মায়ের বুকের দুধ খাওয়ানো হবে আপনার শিশুকে সমস্তমতো সকল টিকা দিতে হবে জন্ম ওজন ২০০০ গ্রামের কম হলে নবজাতককে অবশ্যই হাসপাতালে নিয়ে যেতে হবে 			
জরুরী প্রয়োজনে যোগাযোগঃ	সেবাদাতার নামঃ পদবীঃ মোবাইল নম্বরঃ			



মা , পরিবার এবং কমিউনিটির জন্য মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত গুরুত্বপূর্ণ বার্তা

১. গর্ভের সন্তানের সঠিকভাবে বেড়ে উঠা এবং মায়ের নিরাপদ প্রসব নিশ্চিত করতে দক্ষ স্বাস্থ্যসেবাদানকারীর কাছ থেকে কমপক্ষে ৪ বার গর্ভকালীন সেবা নিতে হবে।
২. একজন দক্ষ প্রসবসহায়তাকারীর মাধ্যমে ডেলিভারী সম্পন্ন করতে হবে। দক্ষ প্রসবসহায়তাকারীরা হলেন- ডাক্তার, নার্স, ভিজিটর আপা (FWV), সিএসবিএ, এসবিএ ও সরকারী ধাত্রী। স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ডেলিভারী করানো মা এবং নবজাতকের স্বাস্থ্যের জন্য সবচেয়ে নিরাপদ।
৩. মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্য সংক্রান্ত জটিলতা এড়াতে এবং সু-স্বাস্থ্য নিশ্চিত করতে জন্মের ২৪ ঘণ্টা বা একদিনের মধ্যেই দক্ষ স্বাস্থ্যসেবাদানকারীর নিকট থেকে প্রসব পরবর্তী সেবা নিতে হবে।
৪. নিয়মিত ও জরুরী মাতৃত্বজনিত (গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবপরবর্তী) এবং নবজাতকের সেবা গ্রহণের সিদ্ধান্ত নেয়ার ক্ষেত্রে মুখ্য ভূমিকা মাকেই নিতে হবে অথবা তার সমান অংশগ্রহণ থাকতে হবে।
৫. প্রত্যেক মায়ের, তার স্বামীর এবং পরিবারের অন্য সদস্যদের গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবপরবর্তী সময়ের এবং নবজাতকের বিপদচিহ্নগুলো জানা জরুরী।
৬. 'দক্ষ স্বাস্থ্যসেবাদানকারীর নিকট থেকে গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবপরবর্তী সেবা পাওয়া প্রতিটি নারীর অধিকার এবং গুরুত্বপূর্ণ'- মা, তার স্বামী এবং পরিবারের সদস্যদের এ বিষয়ে সচেতন হতে হবে। নারীর এ অধিকার নিশ্চিত করতে পরিবার এবং সমাজের সকলকেই সহযোগিতা করতে হবে।
৭. প্রত্যেক মায়ের জন্য জন্ম ও জরুরী প্রস্তুতি পরিকল্পনা তৈরী ও তা বাস্তবায়ন করা দরকার। এক্ষেত্রে মা ও তার স্বামীর সমান অংশগ্রহণ জরুরী।
৮. গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবপরবর্তী সেবা গ্রহণের সময়ে স্বামীর উপস্থিতি স্ত্রীর দুঃশ্চিন্তা ও ভয় দূর করে এবং মানসিক স্বস্তি দান করে।
৯. মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নয়নের জন্য মা, সিজি বা সিএসজি গ্রুপের সদস্যরা কমিউনিটি ক্লিনিক অথবা উপজেলা হাসপাতালের মাসিক মিটিং এ মতামত বা পরামর্শ প্রদান করতে পারেন।
১০. সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্রে দক্ষ সেবাদানকারীর কাছ থেকে গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবপরবর্তী সময়ে সন্মানজনক সেবা পাওয়া প্রত্যেক মায়ের অধিকার।
১১. মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্যের উন্নয়নে নারী ক্ষমতায়ন গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখতে সক্ষম।
১২. মা ও নবজাতকের নিয়মিত ও জরুরী স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্ত গ্রহণে মা, স্বামী এবং পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের মধ্যে আলোচনা খুব গুরুত্বপূর্ণ।
১৩. মা ও নবজাতকের নিয়মিত ও জরুরী স্বাস্থ্যসেবার সিদ্ধান্ত গ্রহণে পরিবারে এবং সমাজে নারীর মতামতকে গুরুত্ব দিতে হবে।
১৪. গর্ভকালীন, প্রসবকালীন ও প্রসবপরবর্তী সময়ে পরিবারের সহায়তা মায়ের জন্য জরুরী।
১৫. মা ও নবজাতকের নিয়মিত ও জরুরী স্বাস্থ্যসেবা নেয়ার অভ্যাস প্রত্যেক মাকে গড়ে তুলতে হবে।
১৬. মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নয়নের জন্য এলাকার লোকজনের মতামত গ্রহণ এবং তা স্বাস্থ্য বিভাগকে জানানোর ক্ষেত্রে সিজি এবং সিএসজি-র সদস্যদের ভূমিকা গুরুত্বপূর্ণ।
১৭. স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নয়ন প্রক্রিয়ায় সমাজের সকল স্তরের লোকের অংশগ্রহণের ব্যাপারে সমাজের সবাইকে সচেতন করতে হবে এবং তাদের অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে।
১৮. কমিউনিটি ক্লিনিক, ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, মাতৃ ও শিশু সদন কেন্দ্র এবং জেলা সদর হাসপাতালে মা ও শিশু স্বাস্থ্যসেবা পাওয়া যায়।

Safe Motherhood Promotion : Operations Research on Safe Motherhood and Newborn Survival (SMPNS) Project

International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (icddr'b)

In Collaboration with: RTM International and Shimantik

