##### 9 කොටස

**ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණය** **(ගෘහ පිවිසුම් ඇසුරින්)**

අධීක්ෂණ නිලධාරියාගේ නම :-……………………………………………………………………………………………………..

තනතුර :-……………………………………………………………………………………………………..

අධීක්ෂණය කළ දිනය :-……………………………………………………………………………………………………..

අධීක්ෂණය ආරම්භ කළ වේලාව :- ……………………………………………………………………………………………………

අධීක්ෂණය අවසන් කළ වේලාව :- …………………………………………………………………………………………………..

සෞ.වෛ.නි.කොට්ඨාසය :-…………………………………………………………………………………..………………..

ප.සෞ.සේ.නි.කොට්ඨාසය :-…………………………………………………………………………………..…………………

පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරියාගේ නම:-…………………………………………………………………………………………

අධීක්ෂණයේ අරමුණ :-…………………………………………………………………………………..…………………

අධීක්ෂණය සඳහා ප.සෞ.සේ. නිලධාරිනියට දන්වා පැමිණියේද? ඔව්/ නැත

ප.සෞ.සේ.නි. සම්පූර්ණ නිල ඇඳුමෙන් සිටීද? ඔව්/ නැත

ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණය පිළිබඳ ප්‍රජනක සෞඛ්‍ය තොරතුරු කළමනාකරණ පද්ධතිය තුළින් හඳුනාගත් ගැටලු

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**අවසන් ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණයේ තොරතුරු**

පෙර අධීක්ෂණ දිනය :-……………………………………………

අධීක්ෂණ නිලධාරියාගේ තනතුර :-……………………………………………

ලබා දුන් නිර්දේශ ක්‍රියාත්මක කර :- ඇත/ නැත

ක්‍රියාත්මක නොවූ නිර්දේශ පිළිබඳ විස්තර :- ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**1 උප කොටස**

**පූර්ව ප්‍රසව සංරක්ෂණය: ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණය**

අහඹු ලෙස තෝරාගත් H-512 B කාඩ්පත් 5 ක් ( සති 28 සම්පූර්ණ වූ) ඇසුරින් ගෘහ පිවිසීම් කර H-512 A කාඩ්පත් සමඟ සංසන්දනය කරන්න.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **අනු අංකය** |  | **නිවස**  **1** | **නිවස**  **2** | **නිවස**  **3** | **නිවස**  **4** | **නිවස**  **5** |
|  | ගර්භණී නාම ලේඛනයේ ලියාපදිංචි අංකය |  |  |  |  |  |
|  | ලියාපදිංචි වන විට ගර්භයට සති ගණන |  |  |  |  |  |
|  | අධීක්ෂණය සිදු කරන විට ගර්භයට සති ගණන |  |  |  |  |  |
|  | **දර්ශකය** | **ඔව් /නැත** | **ඔව් /නැත** | **ඔව් /නැත** | **ඔව් /නැත** | **ඔව් /නැත** |
| **පෙර ගර්භ සේවා** | |  |  |  |  |  |
| **1** | රුබෙල්ලා එන්නත ලබාගෙන ඇත |  |  |  |  |  |
| **2** | පෙර ගර්භ සුව පිරික්සුම සිදුකොට ඇත |  |  |  |  |  |
| **3** | ලියාපදිංචියට මාස 3 කට පෙර සිට ෆෝලික් අම්ලය ලබාගෙන ඇත |  |  |  |  |  |
| **පූර්ව ප්‍රසව සංරක්ෂණය** | |  |  |  |  |  |
| **1** | සති 8 ට පෙර මව ලියාපදිංචි කර ඇත |  |  |  |  |  |
| **2** | දැඩි අවදානම් සහිත මවකි |  |  |  |  |  |
| **3** | ප.සෞ.සේ.නි. විසින් මවගේ අවදානම් තත්ත්ව නිවැරදිව හඳුනාගෙන ඇත |  |  |  |  |  |
| **4** | ගෘහ පිවිසීම් ගණන |  |  |  |  |  |
|  | සති 6-12 |  |  |  |  |  |
|  | සති 24-28 |  |  |  |  |  |
|  | සති 36-38 |  |  |  |  |  |
| **5** | සහභාගී වී ඇති පූර්ව ප්‍රසව සායන ගණන (ත්‍රෛමාසිකයට අනුව) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **මවගේ දැනුම පරීක්ෂා කිරීම** | |  |  |  |  |  |
| **1** | ප්‍රසවය සඳහා බලාපොරොත්තු වන කාලය /දිනය පිළිබඳ මව දැනුවත් කර ඇත |  |  |  |  |  |
| **2** | ප්‍රසූත ලක්ෂණ හඳුනාගැනීම පිළිබඳ මව දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |
| **3** | මව නිවැරදි ලෙස යකඩ පෙති භාවිතා කරයි |  |  |  |  |  |
| **4** | මව නිවැරදි ලෙස යකඩ පෙති ගබඩා කරයි |  |  |  |  |  |
| **5** | යකඩ අවශෝෂණය/නිශේධනය ගැන මවට අවබෝධයක් ඇත |  |  |  |  |  |
| **6** | ගර්භණී සමයේදී විය හැකි අනතුරු ලක්ෂණ ගැන මව හා ගෙදර සියලු දෙනාම දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |
| **7** | භ්‍රෑණ චලන දැනීම පිළිබඳව මව දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |
| **8** | මව විසින් භ්‍රෑණ චලන දැනීම සටහන් කරයි |  |  |  |  |  |
| **9** | හදිසි අවස්ථාවකදී ප්‍රසූතිය සඳහා රෝහලට ගෙනයාමට අවශ්‍ය දේ සූදානම් කර ගැනීමට මව දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |
| **10** | දරුවා ඉපදී මුල් පැය ඇතුලත මව්කිරිදීම සිදු කළ යුතු බවට මව දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |
| **11** | මුල් ළමාවිය සංවර්ධනය පිළිබඳ දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |
| **12** | ප්‍රසූතිය සිදු කරන ස්ථානය හා ඒ සඳහා අවශ්‍ය අනෙකුත් කටයුතු මව සමඟ සාකච්ඡා කොට තීරණය කර ඇත |  |  |  |  |  |
| **13** | ප්‍රසූතියෙන් සති 6 ක් තුළ පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයකට යොමුවීම වැදගත් බව දැන සිටී |  |  |  |  |  |
| **14** | නවීන පවුල් සංවිධාන ක්‍රම ගැන මව දැනුවත් වී ඇත |  |  |  |  |  |

**මව සමඟ ගොඩනඟාගෙන ඇති සබඳතාවය - ඉතා හොඳයි / හොඳයි/ සතුටුදායකයි /වර්ධනය කරගත යුතුය**

**2 උප කොටස**

**ළදරු හා ළමා සංරක්ෂණ: ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණය**

\*දත්ත එකතු කිරීමට එක් **නි**වා**ස**යකින් වයස අවු 5ට අඩු දරුවෙක් සිටින නිවෙස් 5ක් තෝරා ගන්න

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **අනු අංකය** |  | නිවස  1 | නිවස  2 | නිවස  3 | නිවස  4 | නිවස  5 |
|  | දරුවන්ගේ වයස |  |  |  |  |  |
|  | ලියාපදිංචි අංකය (උපත් හා ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයට අනුව) |  |  |  |  |  |
|  |  | ඔව්/නැත | ඔව්/නැත | ඔව්/නැත | ඔව්/නැත | ඔව්/නැත |
| **1** | ඉපදී දින 5 ක් ඇතුලත ලියාපදිංචි කර ඇත |  |  |  |  |  |
| **2** | සේවා ලබාගන්නා ස්ථානය   1. ක්ෂේත්‍ර සායනය 2. රජයේ රෝහල 3. පෞද්ගලික ආයතනයකින් |  |  |  |  |  |
| **3** | උපත් බර |  |  |  |  |  |
| **4** | මුල් මාස 6 තුලදී මව්කිරි පමණක්ම ලබා දී ඇත |  |  |  |  |  |
| **5.** | මාස 6 සම්පූර්ණ වූ විට අමතර ආහාර ලබා දී ඇත  නොමැතිනම්  ආරම්භ කළ වයස / ආරම්භ කිරීමට සිටින වයස |  |  |  |  |  |
| 6 | වසර 2 ක් වත් මව්කිරි දී ඇත  (වයස අවු 2 ට වැඩි දරුවන් සඳහා) |  |  |  |  |  |
| **7**  **\*** | නියමිත පරිදි වයසට සරිලන ප්‍රතිශක්තීකරණය ලබා ඇත |  |  |  |  |  |
| **8**  **\***    \* | මාස 6 කට වරක් විටමින් A අධිමාත්‍රාව ලබාගෙන ඇත  දරුවාට ක්ෂුද්‍ර පෝෂක නියමිත පරිදි ලබා දී ඇත  නිර්දේශ පරිදි දරුවා විසින් ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ලබාගෙන ඇත |  |  |  |  |  |
| **9** | ළමා සෞඛ්‍ය වර්ධන සටහනේ A කොටසේ නිවැරදිව වර්ධනය සටහන් කර ඇත  අවසන් වරට බර කිරීමේදී දරුවාගේ වර්ධන තත්ත්වය තක්සේරු කිරීම පිළිබඳ මව/ භාරකරු දැන සිට ඇත |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10**  **\*** | මව /භාරකරු දරුවාගේ වයසට උචිත වර්ධන පියවර ළමා සෞඛ්‍ය වර්ධන සටහනේ A කොටසේ නිවැරදිව සටහන් කර ඇත  නොමැතිනම් හේතු සඳහන් කරන්න |  |  |  |  |  |
| **11** | මව/භාරකරු අවම වශයෙන් එක් වර්ධන පණිවුඩයක් කියවා තේරුම් ගෙන ඇත |  |  |  |  |  |
| **12** | දරුවාගේ වර්ධන වේගය මව/භාරකරු දැනුවත්ය |  |  |  |  |  |
| **13** | ප්‍රතිශක්තීකරණ අතුරු ආබාධ ගැන මව/භාරකරු දැනුවත්ය |  |  |  |  |  |
| **14** | දරුවාගේ වයසට උචිත මනෝ සමාජයීය උත්තේජන පිළිබඳ මව/භාරකරු දැනුවත්ය |  |  |  |  |  |
| **15** | දරුවාට වෛද්‍ය උපදෙස් සඳහා යොමු කළ යුතු සෞඛ්‍ය ගැටලුවක් ඇත  යොමු කිරීම සිදුකොට ඇත  යොමු කිරීම සඳහා සහභාගී වී ඇත  පසු විපරම් සිදුකොට ඇත |  |  |  |  |  |
| \*හේතු | |  |  |  |  |  |

දරුවන්ගේ පැය 24 ආහාර රටාව පිළිබඳ විමසීමෙන් පසු පහත පිරික්සුම් පත්‍රිකාව අනුසාරයෙන් එම ආහාර රටාවෙහි ප්‍රමාණාත්මක බව හා ගුණාත්මක බව ඇගයීම කළ යුතුය

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **නිවස**  **1** | **නිවස**  **2** | **නිවස**  **3** | **නිවස**  **4** | **නිවස**  **5** |
|  |  |  |  |  |

###### ආහාර දීමේ හුරුපුරුදු (පැය 24 ආහාර රටාව ඇගයීම මත පදනම්ව )

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ආහාර දීමේ හුරුපුරුදු** | **නිවස**  **1** | **නිවස**  **2** | **නිවස**  **3** | **නිවස**  **4** | **නිවස**  **5** |
| දරුවාට මව්කිරි ලැබුණිද? එය දරුවාගේ වයසට ගැලපේද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දවස තුළ උකු/ඝන ආහාර වේල් කීයක් දරුවා විසින් ආහාරයට ගනු ලැබුවේද?  වයසට ගැලපෙන පරිදි, ආහාරවල උකු බව/ ඝනත්වය දැක්වෙන අදාළ පින්තූර භාවිතා කරන්න |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දින තුළ ආහාර පිළියෙල කිරීමට තෙල් එකතු කළාද? එම ප්‍රමාණය මෙම දරුවාට ප්‍රමාණවත් ද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දවස තුළ දරුවා යකඩ අඩංගු සත්ත්වමය ආහාර අනුභව කළේද? (මස්,පීකුදු, මාළු,හාල්මැස්සන් ) |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දවස තුළ දරුවා කිරි ආහාරයක් අනුභව කළේද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දවස තුළ දරුවා බිත්තර අනුභව කළේද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දවස තුළ දරුවා රනිල ආහාරයක් හෝ ඇට වර්ගයක් ආහාරයට ගත්තේද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දවස තුළ දරුවා තද කොළ පැහැති පලා හෝ කහ හෝ තැඹිලි පැහැති එළවළුවක් හෝ පලතුරක් කෑමට ගත්තේද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දින තුළ දරුවාගේ වයසට නිර්දේශිත වේගයට සාපේක්ෂව දරුවා අනුභව කරන ලද ප්‍රධාන සහ කෙටි ආහාර වේල් ගණන ප්‍රමාණවත්ද? |  |  |  |  |  |
| දරුවා අනුභව කළ කෙටි ආහාර වේල් දරුවාගේ වර්ධන තත්ත්වයට ගැළපේද? කෙටි ආහාර වේල තුළ අඩංගු පෝෂණ මට්ටම ප්‍රමාණවත් ද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දින තුළ ආහාර වේල් දෙකක් අතර කාල පරතරය ප්‍රමාණවත්ද? |  |  |  |  |  |
| ඊයේ දින තුළ දරුවා ප්‍රධාන වේලකට අනුභව කරන ලද ආහාර ප්‍රමාණය වයසට නිර්දේශිත ප්‍රමාණයන්ට අනුකූලද? |  |  |  |  |  |
| දරුවා ආහාරයට ගත් ලුණු සහ සීනි ප්‍රමාණය වයසට නිර්දේශිත ප්‍රමාණයන්ට අනුකූලද? |  |  |  |  |  |
| ආහාර ගැනීම සඳහා මව/ භාරකරු දරුවාට සහාය වුණිද? |  |  |  |  |  |
| දරුවාට විටමින් හෝ ක්ෂුද්‍ර පෝෂක ලැබුණිද? |  |  |  |  |  |

මව සමඟ ගොඩනඟාගෙන ඇති සබඳතාවය : ඉතා හොඳයි / හොඳයි/ සතුටුදායකයි /වර්ධනය කරගත යුතුය

**3 උප කොටස**

**පසු ප්‍රසව සංරක්ෂණ: ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණය**

පසු ප්‍රසව කාලය මාස 3 ක් සම්පූර්ණ වූ H-512 B කාඩ්පත් 5ක් අහඹු ලෙස තෝරා ගෙන ගෘහ පිවිසීම් කරන්න.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **අනු අංකය** | |  | **නිවස**  **1** | **නිවස**  **2** | | **නිවස**  **3** | | | **නිවස**  **4** | | **නිවස**  **5** | |
| **1** | | ගර්භණී නාම ලේඛනයේ ලියාපදිංචි අංකය |  |  | |  | | |  | |  | |
| **2** | | ප්‍රසූතිය සිදු වූ දිනය |  |  | |  | | |  | |  | |
| **3** | | ප්‍රසූතිය සිදු වූ ආකාරය |  |  | |  | | |  | |  | |
| **4** | | මව නිවසට පැමිණි දිනය |  |  | |  | | |  | |  | |
| **පසු ගමන්** | | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | |
| **1** | | පළමු දින 5 තුළ පළමු පිවිසුම |  |  | |  | | |  | |  | |
| **2** | | පළමු දින 6-10තුළ පළමු පිවිසුම |  |  | |  | | |  | |  | |
| **3** | | පළමු දින 11-13තුළ පළමු පිවිසුම |  |  | |  | | |  | |  | |
| **4** | | දින 14-21 දක්වා 1 වරක් |  |  | |  | | |  | |  | |
| **5** | | දින 42 කට වරක් |  |  | |  | | |  | |  | |
| **පසු ප්‍රසව සංරක්ෂණ** | | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | | **ඔව්/නැත/සටහන් කර** **නැත** | |
| **1** | | ප්‍රසවයෙන් පැයක් තුළ මව්කිරි දීම ආරම්භ කොට ඇත |  |  | |  | | |  | |  | |
| **2** | | විටමින් A mega මාත්‍රාව ලබා දී ඇත |  |  | |  | | |  | |  | |
| **3** | | මව පරීක්ෂා කර ඇත |  |  | |  | | |  | |  | |
| **4** | | දරුවා පරීක්ෂා කර ඇත |  |  | |  | | |  | |  | |
| **5** | | මවගේ අවදානම් තත්ත්වය පිළිබඳ මව දැනුවත් කර ඇත |  |  | |  | | |  | |  | |
| **6** | | පසු ප්‍රසව සමයේ ආරම්භයත් සමඟ මවගේ හැසිරීමේ සිදුවිය හැකි වෙනසක් හඳුනා ගැනීම පිළිබඳව නිවැසියන් දැනුවත්ය | |  | |  | |  |  | |  | |
| **7** | | පවුල් සංවිධාන ක්‍රම පිළිබඳ දැනුවත් කර ඇත | |  | |  | |  |  | |  | |
| **8** | | නවීන පවුල් සංවිධාන ක්‍රමයක් භාවිතා කරයි | |  | |  | |  |  | |  | |
| **9** | | පසු ප්‍රසව කාලය තුළ මවට පවුලේ සාමාජිකයන්ගේ සහයෝගය නොමඳව ලැබී ඇත | |  | |  | |  |  | |  | |
| **මවගේ දැනුම පරීක්ෂා කිරීම** | | | |  | |  | |  |  | |  | |
| **1** | | මාස 6 සම්පූර්ණ වන තුරු මව්කිරි පමණක් ලබා දිය යුතු බවට මව දැනුවත් වී ඇත | |  | |  | |  |  | |  | |
| **2** | | මව්කිරි දීමේ නිවැරදි ක්‍රමවේදය පිළිබඳව මව දැනුවත්ය | |  | |  | |  |  | |  | |
| **3** | | මවගේ පෝෂණය පිළිබඳ මව දැනුවත් වී ඇත | |  | |  | |  |  | |  | |
| **4** | | පසු ප්‍රසව සමයේදී ඇතිවිය හැකි සංකූලතා පිළිබඳ නිවැසියන් දැනුවත්ය | |  | |  | |  |  | |  | |
| **5** | | දරුවාගේ අවදානම් තත්ත්වය හඳුනා ගැනීමේ දැනුම මව සහ නිවැසියන් සතුව ඇත | |  | |  | |  |  | |  | |
| **6** | | දරුවාගේ මුල් ළමාවිය සංවර්ධනය පිළිබඳ දැනුම මව සහ නිවැසියන් සතුව ඇත | |  | |  | |  |  | |  | |

මව සමඟ ගොඩනඟාගෙන ඇති සබඳතාවය : ඉතා හොඳයි / හොඳයි/ සතුටුදායකයි /වර්ධනය කරගත යුතුය

**4 උප කොටස**

**පවුල් සංවිධාන සේවා ක්ෂේත්‍ර අධීක්ෂණය**

කරුණාකර ‘√’ හෝ ​​‘X’ සමඟ අදාළ තොරතුරු සපයන්න.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| අනු අංකය | දර්ශකය | | නිවස  1 | | නිවස  2 | නිවස  3 | නිවස  4 | නිවස  5 |
|  | යෝග්‍යතා ලේඛනයේ ලියාපදිංචි අංකය | |  | |  |  |  |  |
| **1** | යුවල පවුල් සංවිධාන ක්‍රමයක් භාවිතා කරයි | |  | |  |  |  |  |
| **1.1** | යුවල පවුල් සංවිධාන ක්‍රමයක් භාවිතා කරයි නම් එම ක්‍රමය | |  | |  |  |  |  |
| **1.2** | කොපමණ කලක් මෙම ක්‍රමය භාවිතා කරයිද? | |  | |  |  |  |  |
| **නවීන පවුල් සංවිධාන ක්‍රම භාවිතා කරන මව්වරුන්** | | |  | |  |  |  |  |
| **1** | සේවා ලබා ගන්නා ස්ථානය   1. ක්ෂේත්‍ර සායනය (ප.සෞ.සේ.නි./ සෞ.වෛ.නි. සායනය) 2. රජයේ රෝහල 3. පෞද්ගලික ආයතනයකින් | |  | |  |  |  |  |
| **2** | පවුල් සංවිධාන සේවා දායක සටහන මවට ලබා දී තිබේ (H 1155) | |  | |  |  |  |  |
| **3** | ප.සං.ක්‍රමය අනුව ප.සෞ.සේ.නි. ක්‍රමානුකූලව නිරන්තර ගෘහ පිවිසීම් කර ඇත | |  | |  |  |  |  |
| **4** | භාවිතා කරන පවුල් සංවිධාන ක්‍රමය පිළිබඳ මවගේ දැනුම | |  | |  |  |  |  |
| 1. වාර ගණන | |  | |  |  |  |  |
| 1. භාවිතා කරන ආකාරය | |
| 1. අතුරු ආබාධ | |
| 1. අවශ්‍ය විට උපදෙස් ලබාගත යුතු ආකාරය | |
| **5** | අනෙකුත් පවුල් සංවිධාන ක්‍රම ගැන මවගේ දැනුම සතුටුදායකයි | |  | |  |  |  |  |
| **6** | දැනට භාවිතා කරන ක්‍රමය මවගේ කැමැත්ත හා අවශ්‍යතාවය මත තෝරා ගෙන ඇත | |  | |  |  |  |  |
|  | නොමැති නම් හේතු සඳහන් කරන්න | |  | |  |  |  |  |
| අනු අංකය | දර්ශකය | නිවස  1 | | නිවස  2 | | නිවස  3 | නිවස  4 | නිවස  5 |
| **පවුල් සංවිධාන ක්‍රම භාවිතා කළ යුතු නමුත් භාවිතා නොකරන මව්වරුන්** | |  | |  | |  |  |  |
|  | යෝග්‍යතා ලේඛනයේ ලියාපදිංචි අංකය |  | |  | |  |  |  |
| **1** | පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක් භාවිතා කිරීමේ අවශ්‍යතාවය සාකච්ඡා කොට ඇත |  | |  | |  |  |  |
|  | ඔව් නම් කවුරුන් විසින්ද? |  | |  | |  |  |  |
| **2** | සේවාලාභියා සඳහා පවුල් සැලසුම් සේවාලාභී සටහනක් (H 1155) නිකුත් කොට ඇත |  | |  | |  |  |  |
| **3** | පවුල් සැලසුම් ක්‍රමයක් භාවිතා නොකිරීමට හේතු |  | |  | |  |  |  |
| **4** | සේවාලාභියාට ගැලපෙන පවුල් සැලසුම් ක්‍රම පිළිබඳව දැනුවත් වී ඇත |  | |  | |  |  |  |
| **5** | පවුල් සැලසුම් සේවා ලබාගත යුතු ආකාරය පිළිබඳව දැනුවත් වී ඇත |  | |  | |  |  |  |
| **6** | අපහසුතාවයක් නොමැතිව පවුල් සංවිධාන ක්‍රමයක් ලබා ගැනීමට මවට හැකියාව තිබේ |  | |  | |  |  |  |
| **මඳසරු යුවල්** | |  | |  | |  |  |  |
|  | යෝග්‍යතා ලේඛනයේ ලියාපදිංචි අංකය |  | |  | |  |  |  |
| **1** | සේවාලාභියා සඳහා පවුල් සැලසුම් සේවාලාභී සටහනක් (H 1155) නිකුත් කොට ඇත |  | |  | |  |  |  |
| **2** | මව සෞ.වෛ.නි. කාර්යාලයට යොමු කර ඇත |  | |  | |  |  |  |
| **3** | වැඩිපුර යොමු කිරීම හෝ මැදිහත්වීම සිදු කොට ඇත |  | |  | |  |  |  |
| **4** | පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිනිය විසින් පසු විපරම් සිදු කොට ඇත |  | |  | |  |  |  |

සේවාලාභියා සමඟ ගොඩනඟාගෙන ඇති සබඳතාවය : ඉතා හොඳයි / හොඳයි/ සතුටුදායකයි /වර්ධනය කරගත යුතු