अध्याय 04

शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम

4.1 परिचय

प्रजनन, मातृ, नवजात, शिशु और किशोर (आरएमएनसीएच+ए) कार्यनीति के अंतर्गत राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एमएचएम) का शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम समग्र रूप से उन कार्यकलापों के बीच समन्वय करता है जो शिशु स्वास्थ्य तथा पोषण की स्थिति में सुधार करता है और उन समस्याओं को दूर करता है जो नवजात, शिशु, 5 वर्ष से कम की आयु में मृत्यु तथा कुपोषण का कारण बन जाती हैं। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति (एनपीपी) 2000, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2002, 12वीं पंचवर्षीय योजना (2007–12), राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम–2005 से 2017), स्थिर विकास के लक्ष्यों (2016–2030) तथा नई राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 ने शिशु स्वास्थ्य के लिए लक्ष्यों को निर्धारित किया है।

एनएचएम–2017 व एसडीजी–2030 के अंतर्गत शिशु स्वास्थ्य संबंधी लक्ष्य

शिशु स्वास्थ्य सूचक	वर्तमान स्थिति	एनएचपी 2017	एसडीजी 2030
नवजात मृत्यु दर (एनएमआर)	24	16 तक 2025	<12
शिशु मृत्यु दर (आईएमआर)	34	28 तक 2019	-
5 वर्ष से कम की मृत्यु दर (यू5एमआर)	39	23 तक 2025	≤25

स्रोत: नमूना पंजीकरण प्रणाली (एसआरएस) 2016

4.2 शिशु मृत्यु दर

4.2.1 भारत में शिशु मृत्यु दर की स्थिति

- नवीनतम नमूना पंजीकरण प्रणाली, 2016 रिपोर्ट के अनुसार, भारत में पाँच वर्ष से कम आयु में मृत्यु की दर 39/1000 जीवित जन्म है, शिशु मृत्यु दर 34/1000 जीवित जन्म और नवजात मृत्यु दर 24/1000 है। इसका अर्थ है कि प्रतिवर्ष 5 वर्ष से कम आयु वाले लगभग 9.6 लाख शिशुओं की मृत्यु हो जाती है।
- यू5एमआर में वर्ष 2008–2016 की अवधि में तीव्र गिरावट हुई है, जिसमें प्रतिवर्ष 6.7 प्रतिशत की चक्रवर्ती गिरावट दर्ज की गई है, जबकि इसकी तुलना में वर्ष 1990–2007 की अवधि 3.3 प्रतिशत की चक्रवर्ती गिरावट दर्ज की गई थी।
- पूरे देश में होने वाली शिशुओं की मृत्यु की तुलना में चार राज्यों का कुल 56% योगदान है, ये राज्य हैं–उत्तर प्रदेश (2.45 लाख), बिहार (1.2 लाख), मध्य प्रदेश (1लाख) तथा राजस्थान (0.75 लाख)।
- पाँच वर्ष से कम आयु की लगभग 46 प्रतिशत मृत्यु जन्म के पहले सात दिनों में होती है, वहीं 62 प्रतिशत जन्म के पहले महीने में।

4.2.2 भारत में शिशु मृत्यु के कारण

- एसआरएस की रिपोर्ट (2010–13) के अनुसार भारत में शिशु मृत्यु के प्रमुख कारण हैं: समय से पहले जन्म और जन्म के समय कम वजन (29.8 प्रतिशत), न्यूमोनिया (17.1 प्रतिशत), डायरिया संबंधी

बीमारियाँ (8.6 प्रतिशत), अन्य गैर–संचारी रोग (8.3 प्रतिशत), जन्म श्वासावरोध और जन्म आघात (8.2 प्रतिशत), चोटें (4.6 प्रतिशत), जन्मजात विकृति (4.4 प्रतिशत), अस्पष्ट या अज्ञात कारण(4.4 प्रतिशत), तीव्र बैक्टीरियल सेप्सिस और गंभीर संक्रमण (3.6 प्रतिशत), अज्ञात एमआरपत्ति का बुखार (2.5 प्रतिशत), अन्य शेष कारण (8.4 प्रतिशत)।

- कारणों के अलावा, कुपोषण के कारण 45 प्रतिशत शिशुओं की मृत्यु होती है।

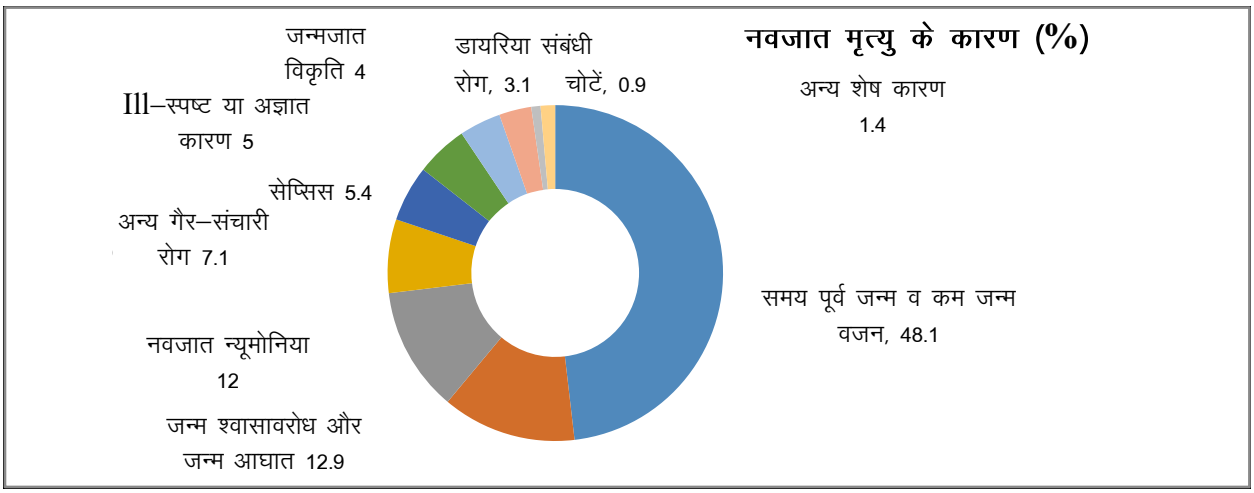
4.2.3 शिशु स्वास्थ्य के अंतर्गत कार्रवाई

मृत्यु के पहचाने गए कारणों के आधार पर, शिशु स्वास्थ्य के परिणामों में सुधार के लिए पाँच प्रमुख कार्यनीति क्षेत्रों को चिन्हित किया गया है। वे हैं:

ऊपर उल्लिखित कारणों के अतिरिक्त, मातृ स्वास्थ्य तथा परिवार नियोजन कार्यकलाप भी जटिल रूप से शिशु स्वास्थ्य परिणामों से जुड़े हैं। इसलिए, आरएमएनसीएच+ए कार्यनीति दृष्टिकोण के अंतर्गत की सभी अवस्थाओं में सतत् परिचर्या की रूपरेखा बनाई गई है जिनमें शिशु स्वास्थ्य कार्यकलापों को शामिल किया गया है।

4.3 नवजात शिशु स्वास्थ्य

- भारत में नवजात मृत्यु दर 24/1000 जीवित जन्म (एसआरएस 2016) है जिसका अभिप्राय है कि प्रतिवर्ष लगभग 5.9 लाख मृत्यु होती है।
- इस देश में 5 वर्ष से कम आयु की मृत्यु में नवजातों की मौत का 61 प्रतिशत है।
- भारत में नवजात शिशुओं की मौतों के प्रमुख कारण हैं; प्रीमैच्युरिटी व एलबीडब्ल्यू (48%), वर्ष ऐस्फाइक्सिया व आघात (13%), न्यूमोनिया (12%), सेसिस (5.4%), जन्मजात विसंगति (4%) व डायरिया (3%)।



4.3.1 भारत नवजात कार्य योजना (आईएनएपी): इस योजना को 2014 में वर्ष 2030 तक "एकल अंक नवजात मृत्यु दर" और "एकल अंक मृत्यु–जन्म दर" के लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए ठोस प्रयास करने के उद्देश्य से शुरु किया गया था।

- नवजात स्वास्थ्य के अंतर्गत की जा रही कार्यनीति कार्यकलाप इस प्रकार हैं:

➢ **संस्थागत प्रसव और अनिवार्य नवजात देखभाल को बढ़ावा:** चूँकि प्रसूति–पूर्व और प्रसवकालीन की घटनाओं का नवजात स्वास्थ्य पर प्रभाव पड़ता है, इस कारण संस्थागत प्रसवों को जननी सुरक्षा योजना (जेएसवाई) के रूप में नकद प्रोत्साहनों से बढ़ावा दिया जा रहा है। जन्म के समय अनिवार्य नवजात देखभाव उपलब्ध कराने के लिए प्रसव के स्थान पर न्यूबॉर्न केयर कॉर्नर्स (एनबीसीसीस) को संचालित किया जा रहा है। जेब से होने वाले खर्चों को कम करने के लिए, गर्भवती महिला और उसके बच्चे को एक वर्ष का होने तक सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं में कैशलेस जाँच और इलाज को सुनिश्चित करने के लिए जननी शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम (जेएसएसके) की पात्रता उपलब्ध कराई गई है। इसमें मुफ्त रेफरल परिवहन भी शामिल है।

➢ **गृह आधारित नवजात शिशु देखभाल व छोटे बच्चों की गृह आधारित देखभाल (एचबीएनसी/एचबीवाईसी)**–पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मौत डायरियाए निमोनिया और खसरे जैसे निवार्य कारणों से होती है। लगभग 35% बाल मृत्यु दर के लिए कुपोषण जिम्मेदार है। यह बच्चों के संज्ञानात्मक विकास और शारीरिक विकास में भी अपरिवर्तनीय बाधा पैदा करता है जबकि बचपन में होने वाले संक्रमण के लिए उनकी संवेदनशीलता बढ़ जाती है।

दस्तए निमोनियाए कुपोषण और समग्र बाल उत्तरजीविता और विकास पर डब्ल्यूएएसएच संबंधित क्रियाकलापों के महत्व को ध्यान में रखते हुए माननीय प्रधानमंत्री द्वारा एचबीवाईसीकार्यक्रम की शुरूआत अप्रैलए 2018 में की गयी थी।

एचबीवाईसी का उद्देश्य बाल मृत्यु दर और रुग्णता को कम करना और आशाकर्मियों द्वारा संरचितए केंद्रित और प्रभावी घरेलू दौरों के माध्यम से छोटे बच्चों के पोषण की स्थितिए विकास और प्रारंभिक बाल्यावस्था विकास में सुधार करना है।

आंगनवाड़ी कर्मियों के सहयोग के साथ एचबीएचएसी कार्यक्रम के तहत आशाकर्मियों; (तीसरे, छठे, नवें, बारहवें और पंद्रहवें महीने) द्वारा अतिरिक्त पांच घरेलू दौरे किए जाएंगे ताकि अनन्य और निरंतर स्तनपान, पर्याप्त पूरक आहार, आयु अनुरूपी प्रतिरक्षण और प्रारंभिक बाल्यावस्था विकास सुनिश्चित किया जा सके। उन्हें निर्धारित अनुसूची के अनुसार जन्म के पहले छह सप्ताह में प्रत्येक नवजात शिशु और प्रसवोत्तर मां का दौरा करने के लिए प्रोत्साहन का भुगतान किया जा रहा है। आशाकर्मी द्वारा प्रत्येक वर्ष 1करोड़ से अधिक नवजात शिशुओं का दौरा किया गया। वर्ष 2018–19 के दौरान 1.09 करोड़ से अधिक नवजात शिशुओं का दौरा किया गया ।

➢ **सुविधा केन्द्र आधारित नवजात देखभाल (एफबीएनसी)**– इनमें छोटे या बीमार नवजातों की देखरेख की जा रही है। बीमार नवजातों को चौबीसों घंटे सेवा उपलब्ध कराने के लिए जिला अस्पतालों और मेडिकल कॉलेजों में 794 विशेष नवजात देखभाल इकाइयों (एसएनसीयू) की स्थापना की गई है। प्रत्येक वर्ष 8.5 लाख नवजातों का इलाज एनएनसीयू में किया गया। एसएनसीयू ऑनलाइन रिपोर्टिंग सिस्टम की स्थापना की गई है और 700 से अधिक सुविधा–केन्द्र ऑनलाइन रिपोर्टिंग कर रहे हैं। निरंतर देखभाल के लिए एफआरयू के स्तर पर 2,466 नवजात स्थिरीकरण इकाइयों और प्रसव के स्थानों पर 18,570 नवजात देखभाल कॉर्नरों (एनबीसीसी) को संचालित किया गया है।

➢ नवजात मृत्यु को कम करने के लिए नई कार्रवाई भी की गई है जिनमें जन्म के समय विटामिन 'के' का इंजेक्शन देने, समय से पहले होने वाली प्रसव पीड़ा में प्रसव–पूर्व कोर्टिकोस्टेरोइड, कंगारू मदर केयर (केएमसी) तथा संभावित गंभीर बैक्टीरियल संक्रमण के लिए शिशु को जेंटामाइसिन का इंजेक्शन देने के लिए एएनएम को अधिकार दिया जाना शामिल है।

➢ **मृत–जन्म निगरानी** शुरु की जा रही है। इसके लिए दिशा–निर्देश जारी किए जा चुके हैं।

4.4 पोषण संबंधी कार्यकलाप

- कुपोषण को शिशुओं की मृत्यु के 45 प्रतिशत मामलों का मूल कारण माना जाता है।
- 5 वर्ष से कम के 35.7 प्रतिशत बच्चे कम वजन वाले होते हैं, 38.4 प्रतिशत ठिगने और 21 प्रतिशत घोर कुपोषित (व्यर्थ) होते हैं। यही नहीं, उपलब्ध विगत राष्ट्रीय सर्वेक्षण (एनएफएचएस–4, 2015–16) के अनुसार, 7.5 प्रतिशत बच्चे अति गंभीर कुपोषण से पीड़ित हैं।
- सिर्फ 41.6 प्रतिशत नवजातों को जन्म के एक घंटे के भीतर स्तनपान कराया गया, जबकि 54.9 प्रतिशत शिशुओं को छह महीने की आयु का होने तक सिर्फ स्तनपान कराया गया (एनएफएचएस–4, 2015–16)।
- केवल 42.7 प्रतिशत शिशुओं को समय पर पूरक आहार दिया गया (6 महीने से अधिक आयु) (एनएफएचएस–4, 2015–16)।
- 6–59 माह तक के आयु वर्ग के 58.4 प्रतिशत बच्चे रक्ताल्पता से पीड़ित हैं (एनएफएचएस–4, 2015–16)।
- पोषण संबंधी कार्यनीतिक कार्रवाइयाँ इस प्रकार हैं:

  ➢ **शिशु व युवा बाल स्तनपान की आदतों को बढ़ावा देना (आईवाईसीएफ)**– पहले छह महीने तक केवल स्तनपान, छह महीने के आरंभ से पूरक आहार तथा उपयुक्त शिशु व युवा बाल स्तनपान की आदतों (आईवाईसीएफ) को बढ़ावा दिया जा रहा है। माँ का सम्पूर्ण दुलार (माँ) कार्यक्रम की शुरुआत 2016 में अगली पंक्ति के स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं तथा समग्र आईईसी अभियान के क्षमता निर्माण द्वारा स्तनपान तथा शिशुओं को आहार खिलाने की आदतों को बढ़ावा देने के लिए की गई थी।

  ➢ **पोषण पुनर्वास केंद्रों (एनआरसी) की स्थापना:** 5 वर्ष से कम आयु के अति गंभीर कुपोषित (सैम) शिशु जिन्हें चिकित्सा संबंधी जटिलताएँ हैं, उन्हें चिकित्सा तथा पोषण की देखभाल उपलब्ध कराने के लिए सुविधा केन्द्र के स्तर पर 1152 एनआरसी की स्थापना की गई है। इसके अतिरिक्त, माताओं को भी शिशु देखभाल तथा स्तनपान कराने को कौशल दिया जाता है ताकि शिशु को घर पर पर्याप्त देखभाल मिलता रहे।

  ➢ **एनीमिया मुक्त भारत (एएमबी)** एनीमिया समाप्ति के लिए एनआईपीआईशुरू किया गया है जिसमें सभी पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए आशाकर्मी द्वारा पर्यवेक्षित सप्ताह में दो बार आयरन फोलिक एसिड ;आईएफए पूरकता 5–10 वर्ष बच्चों के लिए साप्ताहिक आईएफए संपूरक और वार्षिक वर्ष में दो बार डी.वॉर्मिंग का प्रावधान शामिल है। एएमबी रणनीति. गहन आयरन प्लस पहल का उद्देश्य मौजूदा तंत्र को मजबूत करना तथा छह क्रियाकलापों व छह संस्थागत तंत्रों के माध्यम से छह लक्ष्य लाभार्थी समूहों पर केंद्रित एनीमिया से निपटने के लिए नई रणनीतियों को बढ़ावा देना है। ताकि पोषण अभियान के तहत परिकल्पित लक्ष्य को प्राप्त किया जा सके। छत्तीसगढ़ में 14 अप्रैल 2018 को माननीय प्रधान मंत्री द्वारा रणनीति के परिचालन संबंधी दिशानिर्देश जारी किए गए। यह रणनीति नई तकनीकों का उपयोग करके स्कूल जाने वाले किशोरों और गर्भवती महिलाओं में एनीमिया की जांच और उपचार पर केंद्रित हैए एनीमिया संबंधी उन्नत अनुसंधान के लिए संस्थागत तंत्र की स्थापनाए और मास ध् मिड मीडिया संचार सामग्री; रेडियो स्पॉट, टीवीसी, पोस्टर, जॉब. एडएसआईपीसी सामग्री आदि सहित व्यापक संचार रणनीति पर केंद्रित है।

➢ **राष्ट्रीय कृमिनाशी दिवस (एनडीडी)**–यह देखते हुए कि कृमि संक्रमण रक्ताल्पता का एक प्रमुख कारण है, हर वर्ष 10 फरवरी को राष्ट्रीय कृमिनाशी दिवस (एनडीडी) के रूप में मनाया जा रहा है, जिसमें 1–19 वर्ष (स्कूल में नामांकित और गैर–नामांकित दोनों) की आयु वर्ग के सभी बच्चों को लक्षित किया गया है। राष्ट्रीय कृमिनाशी दिवस 2018–19 के दौरान (अगस्त 2018 और फरवरी 2019) 1–19 वर्ष की आयु के बच्चों को कुल मिलाकर 44.54 करोड़ कृमिनाशी गोलियां (एल्बेनडेजोल) दी गई।

- पाँच वर्ष से कम आयु वाले सभी बच्चों को अर्धवार्षिक विटामिन ए पूरक दिया जा रहा है।
- ग्रामीण स्वास्थ्य एवँ पोषण दिवसों (वीएचएनडी) का आयोजन भी माताओं को पोषण संबंधी सलाह देने तथा शिशु देखभाल की आदतों में सुधार के लिए किया जा रहा है।

4.5 न्यूमोनिया एवँ डायरिया संबंधी कार्यकलाप

न्यूमोनिया और डायरिया बच्चों की मृत्यु का प्रमुख कारण हैं जो शिशु (0–5 वर्ष) मृत्यु के क्रमशः 15 प्रतिशत और 12 प्रतिशत मामलों के लिए ज़िम्मेदार हैं।

सर्वेक्षण के उपलब्ध आँकड़ों के अनुसार, डायरिया से ग्रस्त सिर्फ 54.4 प्रतिशत बच्चों को ही बाद के 2 हफ्तों में ओआरएस दिया गया।

सर्वेक्षण के उपलब्ध आँकड़ों के अनुसार, 8.6 प्रतिशत बच्चे आखिरी दो हफ्ते में कथित रूप से गंभीर श्वसन रोग की समस्या से ग्रस्त थे और उनमें से सिर्फ 76.9 प्रतिशत का इलाज कराया गया।

न्यूमोनिया और डायरिया के लिए एकीकृत कार्य योजना (आईएपीपीडी) को सर्वोच्च शिशु मृत्यु दर वाले चार राज्यों (उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, बिहार और राजस्थान) में बच्चों की मृत्यु के सबसे प्रमुख कारण न्यूमोनिया और डायरिया से निपटने के लिए बनाई गई है।

न्यूमोनिया और डायरिया से निपटने के लिए किए गए कार्यनीतिक कार्यकलाप इस प्रकार है:

क) **नवजात व शिशु रोगों के एकीकृत प्रबंधन (आईएमएनसीआई)** को बढ़ावा सामुदायिक तथा सुविधा केन्द्र स्तर पर बच्चों की देखभाल के लिए न्यूमोनिया, डायरिया और कुपोषण जैसी बच्चों की आम बीमारियों की जल्द जाँच करने और मामला प्रबंधन पर जोर दिया जा रहा है।

ख) आशाकर्मियों द्वारा न्यूमोनिया तथा डायरिया जैसी आम बीमारियों से पीड़ित बच्चों की जल्द पहचान करने और उन्हें तुरंत रेफर करने को बढ़ावा देना डायरिया, न्यूमोनिया जैसी बच्चों की आम बीमारियों की पहचान तथा प्रथम स्तर की देखभाल उपलब्ध कराने तथा शिशु को किसी उपयुक्त स्वास्थ्य सुविधा केन्द्र को रेफर करने में आशा कर्मियों की सहायता के लिए उन्हें मॉड्यूल 6 एवं 7 में प्रशिक्षित किया जा रहा है।

ग) डायरिया होने पर ओआरएस तथा जिंक के उपयोग के बारे में जागरूकता बढ़ाना– डायरिया में ओआरएस तथा जिंक के उपयोग को लेकर जागरुकता बढ़ाने के लिए, जुलाई–अगस्त के दौरान, एक गहन डायरिया नियंत्रण पखवाड़ा (आईडीएफसी) मनाया जाता है, जिसका एकमात्र उद्देश्य 'बाल्यावस्था में डायरिया से होने वाली मौतों के लिए शून्य शिशु मृत्यु–दर' सुनिश्चित करना है। इस पखवाड़े के दौरान स्वास्थ्य कर्मचारी पाँच वर्ष से कम आयु वाले बच्चों के घरों का दौरा करते हैं, सामुदायिक स्तर के जागरुकता सृजन की गतिविधियाँ चलाते हैं और उन परिवारों को ओआरएस के पैकेट वितरित करते हैं जिनके पाँच साल से कम आयु के बच्चे हैं। आईडीएफसी 2018 चरण (2018–19) के दौरान 8.75 करोड़ से अधिक ओआरएस पैकेटों का वितरण किया गया।

4.6 जन्म संबंधी विकार, बीमारियों, मंद विकास और विकृतियों को दूर करने के लिए कार्रवाई

आरबीएसके ब्लॉक स्तर पर मोबाइल स्वास्थ्य टीमों की पहुँच का विस्तार करके शिशु स्वास्थ्य जाँच तथा शुरुआती कार्यकलाप सेवा उपलब्ध करता है। इन टीमों के द्वारा आँगनवाड़ी केंद्र में दाखिल 0–6 वर्ष तक के सभी बच्चों की जाँच साल में दो बार की जाती है और 6–18 वर्ष तक के बच्चों की जांच सरकारी स्कूल में व सरकारी सहायता प्राप्त स्कूलों में वर्ष में एक बार की जाती है। आरबीएसके के अंतर्गत जांच, पुष्टि व उपचार सहित 30 आम स्वास्थ्य समस्याओं से निपटा जाता है। इन अवस्थाओं का चयन न सिर्फ समस्या के आकार के आधार पर किया गया था बल्कि बच्चों के प्रारंभिक वर्षों के विकास विशेषकर संज्ञानात्मक विकास में उनके द्वारा निभाई जाने वाली महत्वपूर्ण भूमिका के आधार पर भी किया गया था। इन समस्याओं का उपचार संपूर्ण क्षमता, लॉजिस्टिक्स व लागत के संदर्भ में अत्यन्त कठिन है विशेषकर प्रीवर्बल बच्चों के बीच, परंतु आरबीएसके के तहत ऐसी चुनौतियों को स्वास्थ्य प्रदायगी प्रणाली की सीमाओं के बावजूद सतर्कता से संभाला गया। 0–18 वर्ष के आयु वर्ग वाले लगभग 32.8 करोड़ बच्चों को चरणबद्धरूप से इसके अंतर्गत सेवा उपलब्ध कराए जाने की अपेक्षा की जाती है। आरबीएसके द्वारा जन्म दोषों के लिए सभी प्रसव स्थलों पर सभी नवजात शिशुओं की जांच की जाती है। आरबीएसके में दिव्यांगता की रोकथाम अथवा कम करने के लिए सभी जिलों में शीघ्र क्रियाकलाप केन्द्र की व्यवस्था है।

जन्म संबंधी विकार, बीमारियों, मंद विकास तथा विकृतियों को दूर करने के लिए रणनीतिक कार्रवाई इस प्रकार है:

- **आरबीएसके के अंतर्गत बच्चों की जाँच**– जन्म संबंधी विकार, बीमारियों, विकृति, मंद विकास (4 रोग) तथा परिवारों की जेब से होने वाले खर्च को कम करके बच्चों के जीवन की सकल गुणवत्ता में सुधार के लिए शिशु स्वास्थ्य जाँच और शुरुआती कार्यकलाप सेवाएँ। ब्लॉक स्तर पर समर्पित मोबाइल स्वास्थ्य टीमों (जाँच के उद्देश्य से) की स्थापना की गई है, जिनमें दो आयुष डॉक्टर (एक पुरुष, एक महिला), एएनएम/एसएन, तथा एक फार्मासिस्ट शामिल रहते हैं। वर्ष 2018–19 में, 11,576 मोबाइल हेल्थ टीमें कार्यरत हैं।
- आरबीएसके के तहत वर्ष 2018–19 में 19.3 करोड़ बच्चों की जांच की गयी जिनमें से 5.63 करोड़ बच्चे 0–3 वर्ष की आयु के थे तथा 1.35 करोड़ बच्चों को 4 डी की बड़ी बीमारी थी, 53 लाख लोगों का तृतीयक स्तरीय उपचार किया गया। वर्ष 2018–19 में, देशभर में 51,792 बच्चों की जांच की गई और जन्मजात हृदय रोग की पुष्टि की गई, 39,186 बच्चों का उपचार किया गया।
- वर्ष 2018–19 में, देशभर में 11,399 बच्चों की जांच की गई और जन्मजात बहरेपन की पुष्टि की गई, 6,801 बच्चों का उपचार किया गया।
- वर्ष 2018–19 में देशभर में 15,052 बच्चों की जांच की गई और क्लब फुट रोग की पुष्टि की गई, 11,347 बच्चों का उपचार किया गया।
- वर्ष 2018–19 में, देशभर में 13,310 बच्चों की जांच

की गई और क्लेफ्ट लिप/पैलेट की पुष्टि की गई, 9,009 बच्चों का उपचार किया गया।

- वर्ष 2018–19 में, देशभर में 4,093 बच्चों की जांच की गई और जन्मजात मोतियाबिंद की पुष्टि की गई, 3,099 बच्चों का उपचार किया गया।
- **जिला प्रारंभिक कार्यकलाप केंद्रों (डीईआईसी) की स्थापना**–इन केंद्रो के ब्लॉक से रेफर किए गए मामलों के प्रबंधन के लिए देश के जिलों में कार्यात्मक बनाया जाएगा तथा यदि सर्जरी प्रबंधन की आवश्यकता के मामले में इन बच्चों को स्वास्थ्य सेवाओं के तृतीयक स्तर से जोड़ा जाएगा। वर्ष 2018–19 में, देश में 92 डीईआईसी कार्यशील थे। इसके अलावा, वर्ष 2018–19 में, 162 नए डीईआईसी प्रचालित किए गए।
- जन्म संबंधी विकार निगरानी प्रणाली (बीडीएसएस) की स्थापना जन्मजात विसंगतियों की पहचान के साधन के रूप में की जा रही है। यह एमओएचएफडब्लू, डब्लूएचओ तथा सीडीसी का एक साझा प्रयास है। हर राज्य में कम से कम एक निगरानी केंद्र की स्थापना की परिकल्पना की गई है, जो विशेष रूप से किसी मेडिकल कॉलेज में स्थित हो। वर्तमान में, 55 मेडिकल कॉलेज जन्म संबंधी विकार निगरानी प्रणाली का हिस्सा हैं।
- बाल स्वास्थ्य की राज्य वार फैक्ट शीट निम्नलिखित है :

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम एक नजर में:

क्र.सं.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	ईएनएमआर (एसआरएस 2016)	एनएमआर (एसआरएस 2016)	आईएमआर (एसआर 2016)	यू5एमआर (एसआरएस 2016)	एसएनसीयू की संख्या	एनबीएसयू की सं.	एनबीसीसी की सं.	एनआरसी की सं.	कार्यशील डीआईसी की सं.
1	बिहार	21	27	38	43	40	40	860	38	9
2	छत्तीसगढ़	21	26	39	49	17	153	289	72	6
3	हिमाचल प्रदेश	10	16	25	27	13	34	124	5	0
4	जम्मू व कश्मीर	15	18	24	26	27	76	281	4	15
5	झारखंड	17	21	29	33	19	42	594	87	0
6	मध्य प्रदेश	24	32	47	55	54	101	1303	315	22
7	ओडिशा	24	32	44	50	33	49	1190	54	26
8	राजस्थान	22	28	41	45	57	304	1665	147	12
9	उत्तर प्रदेश	23	30	43	47	78	160	1820	74	2
10	उत्तराखंड	24	30	38	41	5	29	140	2	4
11	अरुणाचल प्रदेश	-	-	36	_	5	10	112	1	3
12	असम	18	23	44	52	26	192	730	19	7
13	मणिपुर	-	-	11	-	2	2	47	0	0
14	मेघालय	-	-	39	-	3	7	147	5	3
15	मिजोरम	-	-	27	-	4	11	110	1	2
16	नगालैंड	-	-	12	-	2	12	130	1	0
17	सिक्किम	-	-	16	-	2	3	17	0	1
18	त्रिपुरा	-	-	24	-	6	0	131	0	1

बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम एक नजर में:										
क्र.सं.	राज्य/संघ राज्य क्षेत्र	ईएनएमआर (एसआरएस 2016)	एनएमआर (एसआरएस 2016)	आईएमआर (एसआर 2016)	यू5एमआर (एसआरएस 2016)	एसएनसीयू की संख्या	एनबीएसयू की सं.	एनबीसीसी की सं.	एनआरसी की सं.	कार्यशील डीआईसी की सं.
19	आंध्र प्रदेश	18	23	34	37	27	95	1232	18	16
20	गोवा	-	-	8	-	3	0	10	0	10
21	गुजरात	16	21	30	33	41	150	910	139	2
22	हरियाणा	16	22	33	37	27	66	318	11	19
23	कर्नाटक	13	18	24	29	40	169	1301	57	21
24	केरल	4	6	10	11	17	49	88	3	10
25	महाराष्ट्र	11	13	19	21	40	130	1845	35	14
26	पंजाब	9	13	21	24	24	56	208	0	8
27	तमिलनाडु	9	12	17	19	23	156	1761	2	5
28	तेलंगाना	16	21	31	34	64	61	510	12	32
29	पश्चिम बंगाल	13	17	25	27	68	303	561	40	1
30	अंडमान और निकोबार द्वीप समूह	-	-	16	-	1	3	25	0	0
31	चंडीगढ़	-	-	14	-	3	2	23	1	1
32	दादर और नगर हवेली	-	-	17	-	1	1	7	1	1
33	दमन और दीव	-	-	19	-	1	0	6	0	1
34	दिल्ली	9	12	18	22	16	0	63	8	0
35	लक्षदीप	-	-	19	-	1	0	8	0	0
36	पुद्दुचेरी	-	-	10	-	4	0	4	0	0
कुल		**18**	**24**	**34**	**39**	**794**	**2466**	**18570**	**1152**	**254**

4.7 सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम (यूआईपी)

- भारत में सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम (यूआईपी) विश्व के सबसे बड़े स्वास्थ्य कार्यक्रमों में से एक है। यह हर साल 2.9 करोड़ गर्भवती महिलाओं और 2.67 करोड़ नवजातों को लक्षित करता है। इसमें हर वर्ष 1.2 करोड़ से अधिक टीकाकरण सत्रों का आयोजन किया जाता है।
- यह एक सबसे किफायती सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यकलाप है और 5 वर्ष से कम के बच्चों में टीके से रोकी जा सकने वाली मृत्यु में कमी लाने के लिए काफी हद तक जिम्मेदार है।
- टीकाकरण का विस्तारित कार्यक्रम के रूप में, 1978 में शुरु किए गए इस कार्यक्रम को 1985 में इसका वर्तमान नाम सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम दिया गया जब इसकी पहुँच का विस्तार शहरी क्षेत्रों से बाहर किया गया। वर्ष 1992 में, यह शिशु रक्षण और सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम का हिस्सा बना और 1997 में यह राष्ट्रीय प्रजनन तथा शिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम के दायरे में आया। वर्ष 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत के बाद से, सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम इसका एक अभिन्न अंग रहा है।

- यूआईपी के अंतर्गत, भारत सरकार टीके से रोकथाम वाली बारह बीमारियों के लिए मुफ्त टीका उपलब्ध करा रही है, जिसमें से:
  - ➢ 9 टीके पूरे देश में, डिप्थीरिया, काली खांसी, टेटनस, पोलियो, खसरा, बचपन का गंभीर क्षय रोग, हेपेटाइटिस बी और मेनिनजाइटिस तथा हेमोफिलिस इन्फ्लुएंजा टाइप बी के कारण होने वाले निमोनिया के लिए दिए जाते हैं।
  - ➢ 3 टीके चुनिंदा राज्यों/स्थानिक जिलों में रोटावायरस डायरिया, रुबेला, न्यूमोकोकल न्यूमोनिया तथा जापानी इंसेफेलाइटिस के लिए दिए जाते हैं, जिनमें से रोटावायरस टीका और न्यूमोकोकल संयुग्म टीका विस्तार की प्रक्रिया में है जबकि जेई टीका सिर्फ स्थानिक मारी जिलों में दिया जाता है।
- किसी शिशु को 5 वर्ष की आयु तक सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम के अंतर्गत पूर्ण टीकाकरण के लिए 7 बार टीका लगवाने की आवश्यकता होती है। उम्र के अनुसार विस्तृत टीकाकरण कार्यक्रम के साथ ही टीके का विवरण क्रमशः अनुलग्नक–1 और अनुलग्नक–2 में दिया गया है।
- किसी बच्चे को तब पूर्णतया प्रतिरक्षित कहा जाता जब शिशु को राष्ट्रीय टीकाकरण कार्यक्रम के अनुसार जन्म के 1 वर्ष के भीतर सभी निर्धारित टीके लगा दिए जाते हैं।
- पूर्ण टीकाकरण विस्तार को मापने के लिए तीन प्रणालियाँ हैं:
  1. ऑनलाइन वेब–आधारित स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (एचएमआईएस) पोर्टल, जहाँ प्रशासनिक कवरेज की सूचना देशभर में फैली स्वास्थ्य सुविधाओं के माध्यम से मिलती है। 2017–18 के लिए एचआईएमएस आँकड़ों के अनुसार, देश में पूर्ण टीकाकरण की कवरेज 86.7 प्रतिशत तक है।
  2. राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वे (एनएफएचएच), जिला स्तर घरेलू सर्वेक्षण (डीएचएचएस), बच्चों पर त्वरित सर्वेक्षण (आरएसओसी), एकीकृत शिशु स्वास्थ्य एवँ प्रतिरक्षण सर्वेक्षण (आईएनसीएचआईएस) आदि जैसे आवधिक सर्वेक्षण। नवीनतम उपलब्ध सर्वेक्षण, जो 2015–16 में कराया गया एनएफएचएस–4 है, के अनुसार देश में पूर्ण टीकाकरण का विस्तार 62 प्रतिशत है।
  3. सत्रों के साथ–साथ समुदाय की निगरानी के माध्यम से सार्वभौमिक टीकाकरण कार्यक्रम की समवर्ती निगरानी। समवर्ती निगरानी आँकड़े के अनुसार, देश में पूर्ण टीकाकरण का विस्तार 83 प्रतिशत है।
- पिछले कुछ वर्षों में पूर्ण टीकाकरण विस्तार (एफआईसी) का रूझान इस प्रकार हैं:

सर्वेक्षण	एनएफएचएस –3	डीएलएचएस–3	सीईएस	आरएसओसी	एनएफएचएस–4
अवधि	2005-06	2007-08	2009	2013-14	2015-16
एफआईसी (%)	43.5	53.5	61.0	65.3	62.0

- निम्नलिखित बुनियादी संरचनाओं का उपयोग कर निश्चित केंद्रों या बाहरी सत्रों द्वारा टीकाकरण की सेवाएँ देने तथा टीका के भंडारण के लिए कोल्ड चेन उपकरणों की एक प्रणाली का उपयोग किया जाता है:
  - o उप–केंद्रः लगभग 1.5 लाख
  - o कोल्ड चेन स्थलः लगभग 30 हजार– टीका भंडारण स्थल (अस्पताल, सीएचसी, पीएचसी, स्वास्थ्य सुविधा–केंद्र)–टीका भंडारण स्थल
  - o आईएलआर व डीप फ्रीजर्सः टीका भंडारण के लिए लगभग 83 हजार उपकरण
  - o जिला वैक्सीन स्टोरः लगभग 736

- डब्लूआईसी व डब्लूआईएफः 258–थोक भंडारण स्थलों पर टीका भंडारण के लिए ठंडा व शीत कक्ष।

4.7.1 नियमित टीकाकरण सुदृढ़ीकरण

1. मिशन इंद्रधनुष

- पूर्ण टीकाकरण के विस्तार की दर को बढ़ाने के लिए, भारत सरकार ने दिसंबर 2014 में इस उद्देश्य से मिशन इंद्रधनुष की शुरुआत की ताकि पूर्ण टीकाकरण का विस्तार 2020 तक कम से कम 90 प्रतिशत तक हो जाए, इस लक्ष्य को अब दो वर्ष पहले 2018 तक रखा गया है।
- मिशन इंद्रधनुष एक लक्षित प्रयास है जिसमें निम्न टीकाकरण विस्तार के इलाकों (जैसे दुर्गम क्षेत्र, खाली उप–केंद्र, टीका से रोकी जा सकने वाली बीमारियों के प्रकोप से हाल ही में प्रभावित इलाके, विरोध वाले इलाके आदि) पर फोकस किया गया।
- मिशन इंद्रधनुष ने 554 जिलों तक विस्तार के साथ छह चरणों (अप्रैल 2015 से दिसम्बर 2018 तक) को पूरा कर लिया है जिसके तहतः
  - 3.39 करोड़ बच्चों तक पहुँच बनी
  - 81.79 लाख बच्चों का पूरी तरह टीकाकरण किया गया
  - 87.18 लाख गर्भवती महिलाओं का टीकाकरण किया गया
- मिशन इंद्रधनुष का चरणवार विस्तार को विस्तृत रूप में अनुलग्नक–3 में दिया गया है।
- एकीकृत शिशु स्वास्थ्य तथा टीकाकरण सर्वेक्षण (आईएनसीएचआईएस) की रिपोर्ट के अनुसार, मिशन इंद्रधनुष के पहले चरणों के कारण एक वर्ष में पूर्ण टीकाकरण विस्तार में 6.7 प्रतिशत की वृद्धि हुई है जो पहले की 1 प्रतिशत वृद्धि/वर्ष थी। यह वृद्धि शहरी क्षेत्रों (3.1 प्रतिशत) की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों (7.9 प्रतिशत) में अधिक थी, जिससे इस कार्यक्रम का फोकस शहरी क्षेत्रों की ओर किया गया।

2. गहन मिशन इंद्रधनुषः

- 26 अप्रैल 2017 को प्रो–एक्टिव गवर्नेंस व सामयिक कार्यान्वयन (प्रगति) बैठक में मिशन इंद्रधनुष की समीक्षा के दौरान ऐसे निर्देश मिलें कि इस मिशन के अंतर्गत लक्ष्य को दिसंबर, 2018 तक प्राप्त करना है।
- तद्नुसार, एमओएचएफडब्लू ने 121 जिलों, 17 शहरी क्षेत्रों और पूर्वोत्तर राज्यों के 52 जिलों (24 राज्यों के कुल 190 जिलों/शहरी क्षेत्रों) की पहचान की गई है जहाँ गहन मिशन इंद्रधनुष को तेजी से लागू किया गया है। जिलों और शहरी क्षेत्रों की सूची अनुलग्नक–4 में दी गई है। इसे माननीय प्रधानमंत्री की ओर से 8 अक्टूबर, 2017 को गुजरात के वडनगर में शुरु किया गया था।
- इस गतिविधि पर भारत के प्रधानमंत्री और कैबिनेट सचिव बारीकी से नजर रख रहे हैं।
- तीव्र मिशन इंद्रधनुष ने आईएमआई सत्रों की गहन तैयारी, कार्यान्वयन व एकीकरण को नेमी प्रतिरक्षण माइक्रो योजनाओं में शामिल किया।
- इसमें फोकस सबसे धीमी प्रगति वाले शहरी क्षेत्रों और जिलों पर, व्यक्तियों की संख्या संबंधी सर्वेक्षण के आधार पर लाभान्वितों की देय सूची तैयार करने और निर्धारित भूमिकाओं सहित अन्य मंत्रालयों/विभागों के साथ अधिक तालमेल पर है।

4.7.2 नए वैक्सीन

i) खसरा–रूबेला (एमआर) टीका

- डब्लूएचओ ने दक्षिण–पूर्व एशिया क्षेत्र के लिए 2020 तक खसरा उन्मूलन तथा रूबेला/जन्मजात रूबेला सिंड्रोम नियंत्रण का लक्ष्य रखा है।
- खसरा उन्मूलन के इस लक्ष्य के साथ ही 5वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर में कमी लाने के लिए माननीय वित्त मंत्री ने भी 2017–18 के बजट भाषण में अपनी प्रतिबद्धता जताई थी।
- एमआर वैक्सीन की शुरुआत अभियान के माध्यम से की जा रही है, जिसमें 9 महीने से 15 वर्ष की आयु तक के लगभग 41 करोड़ बच्चों को चरणबद्ध रूप (देश की कुल आबादी के 1/3 को दायरे में लाते हुए) से लक्षित किया जाएगा, जिसके बाद खसरा के टीके के स्थान पर 9 से 12 महीने तथा 16 से 24 महीने के दौरान नियमित टीकाकरण में 2 खुराक दी जाएगी।

- एमआर अभियान फरवरी, 2017 में 5 राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों (कर्नाटक, तमिल नाडु, गोवा, लक्षद्वीप व पुदुचेरी) में शुरू किया गया, जिसमें 97 प्रतिशत कवरेज के साथ 3.43 करोड़ के लक्ष्य के प्रति 3.34 करोड़ बच्चों का टीकाकरण किया गया।
- एमआर अभियान अब तक 31 राज्यों (कर्नाटक, तमिलनाडु, गोवा, पुदुचेरी, लक्षद्वीप, आंध्र प्रदेश, चंडीगढ़, दमन व दीव, दादरा व नगर हवेली, तेलंगाना, हिमाचल प्रदेश, केरल, उत्तराखंड, ओडिशा, अरूणाचल प्रदेश, मणिपुर, मिजोरम, अंडमान व निकोबार, पंजाब, हरियाणा, गुजरात, नागालैंड, असम, त्रिपुरा, जम्मू व कश्मीर, झारखंड, छत्तीसगढ़, उत्तर प्रदेश, महाराष्ट्र, बिहार और मध्य प्रदेश) में पूरा किया जा चुका है और एक राज्य (मेघालय) में चल रहा है जहां 31.07 करोड़ बच्चों के टीकाकरण के लक्ष्य की तुलना में 98.18 प्रतिशत कवरेज के साथ 30.50 करोड़ बच्चों का टीकाकरण किया गया।
- इसके बाद एमआर अभियान को बाकी राज्यों/संघ राज्य क्षेत्रों में चलाए जाने की योजना

ii) निमोकोकल वैक्सीन (पीसीवी)

- पीसीवी की शुरुआत मई 2017 में निमोकोकल न्यूमोनिया के कारण होने वाली शिशु मृत्यु तथा रुग्णता को कम करने के लिए की गई थी।
- इस टीके की शुरुआत हिमाचल प्रदेश, बिहार, मध्य प्रदेश, हरियाणा (राज्य पहल), उत्तर प्रदेश व राजस्थान के चयनित जिलों में की गयी है।
- मार्च 2019 तक, उपरोक्त क्षेत्रों के बच्चों को पीसीवी की लगभग 116.89 लाख खुराक दी जा चुकी है।

iii) रोटावायरस टीका (आरवीवी)

- आरवीवी की शुरुआत रोटावायरस डायरिया के कारण होने वाली मृत्यु तथा रुग्णता को कम करने के लिए की गई है।
- वर्तमान में, इस टीके की शुरुआत 11 राज्यों में घरेलू फंड के माध्यम से की गई है। ये राज्य हैं– आंध्र प्रदेश, असम, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, मध्य प्रदेश, ओडिशा, त्रिपुरा, राजस्थान, तमिलनाडु, झारखंड और उत्तर प्रदेश।
- इस टीकाकरण की शुरुआत के बाद से लेकर फरवरी, 2019 तक उपरोक्त राज्यों के बच्चों को रोटावायरस टीके की लगभग 4.14 करोड़ खुराक दी जा चुकी है।
- वर्ष 2019 की समाप्ति तक रोटावायरस वैक्सीन का विस्तार पूरे देशभर में किया जाएगा।

iv. निष्क्रिय पोलियो वैक्सीन (आईपीवी)

- पोलियो वायरस तीन प्रकार के होते हैं जैसे कि टाइप–1, 2 और 3 जिसके लिए इस टीके को यूआईपी के तहत एक त्रिसंयोजक ओरल पोलियो वैक्सीन के रूप में प्रदान किया गया था।
- चूँकि वाईल्ड पोलियो वायरस टाइप –2 का गत मामला 1999 में दर्ज किया गया था, ग्लोबल पोलियो उन्मूलन पहल (जीपीईआई) ने त्रिसंयोजक ओपीवी से परिवर्तित करके द्विसंयोजक ओपीवी (केवल टाइप–1 और 3 युक्त) करने की सिफारिश की है
- टीओपीवी से बीओपीवी में परिवर्तन की घटना भारत में 25 अप्रैल, 2016 को हुई।
- ग्लोबल पोलियो एंड–गेम रणनीति के हिस्से के रूप में, टीओपीवी से बीओपीवी में परिवर्तन से संबंधित जोखिम को कम करने के लिए, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय ने नवंबर, 2015 में यूआईपी में निष्क्रिय पोलियो वैक्सीन (आईपीवी) की शुरुआत की है, जिसे जून, 2016 तक देश भर में विस्तारित किया गया था।
- वर्तमान में, देश में 6 सप्ताह और 14 सप्ताह की आयु में टीकाकरण के साथ दो खुराक अलग–अलग दिए जाने की अनुसूची का पालन किया जा रहा है
- मार्च, 2019 तक, आरंभ से देश भर में बच्चों को आईपीवी की लगभग 8.89 करोड़ खुराकें दी जा चुकी हैं

v. जापानी एन्सेफलाइटिस (जेई) टीका

- भारत में जेई टीकाकरण यूआईपी के तहत 2006 में शुरू किया गया था।
- एनवीबीडीसीपी जेई भार सहित एक्यूट इंसेफेलाइटिस सिंड्रोम (एईएस) की निगरानी करता है और इस निगरानी के आधार पर वे स्थानिक जिलों की पहचान करते हैं और इन्हें टीकाकरण प्रभाग को प्रेषित करते हैं जो इन जिलों में जेई टीकाकरण प्रदान करने की सीमित भूमिका निभाता है।
- अभियान : नए पहचाने गए जिलों में, 1–15 वर्षो की आयु के बच्चों में एकमुश्त जेई टीकाकरण अभियान चलाया जाता है ताकि अति संवेदनशील मामले एकत्रित न हों।
- नियमित टीकाकरणः इस अभियान के पूरा होने के बाद, यूईआईपी में 9–12 महीनों और 16–24 महीनों की आयु में प्रदान की जाने वाली दो खुराक के रूप में जेई का टीका शुरू किया गया है।
- कुल 268 जेई स्थानिक जिलों की पहचान की गई है, जिनमें से 230 जिलों में जेई टीकाकरण अभियान पूरा हो चुका है जबकि जेई के खिलाफ 15.5 करोड़ बच्चों को टीका लगाया गया था । वयस्क जेई टीकाकरणः एनवीबीडीसीपी द्वारा स्थानिक जिलों की भी पहचान की जाती है जहां 15–65 वर्ष की आयु के लोगों में जेई मामलों की उच्च संख्या दर्ज की जाती है। इन जिलों में, वयस्कों में जेई टीकाकरण के लिए एकमुश्त अभियान चलाया जाता है, ताकि अतिसंवेदशील मामले एकत्रित न हों।
- अगस्त 2017 तक, वयस्कों में जेई टीकाकरण के लिए 35 जिलों की पहचान की गई है जिसमें अभियान की गतिविधि पूरी हो गई है। इन अभियानों में 15–65 वर्ष की आयु के कुल 3.3 करोड़ लोगों को जेई के लिए टीका लगाया गया था।

4.7.3 वैक्सीन लॉजिस्टिक्स और कोल्ड चेन प्रबंधन में नई पहलें

क) क्षमता निर्माण

- राष्ट्रीय कोल्ड चेन संसाधन केंद्र (एनसीसी आर सी), पुणे और राष्ट्रीय कोल्ड चेन और वैक्सीन प्रबंधन संसाधन केंद्र (एनसीसीवीएमआरसी), नई दिल्ली की स्थापना तकनीशियनों को कोल्डचेन उपकरणों की मरम्मत और रखरखाव के लिए तकनीकी प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए की गई है। केंद्र टीकाकरण आपूर्ति श्रृंखला प्रणाली, क्षमता निर्माण, सहायक पर्यवेक्षण पर कार्यक्रम प्रबंधकों को प्रशिक्षण प्रदान करने के साथ–साथ प्रणाली का मूल्यांकन करने के लिए विभिन्न अध्ययन आयोजित करते हैं जो सुधारात्मक उपायों के लिए मार्ग प्रशस्त करते हैं।

ख) प्रणाली सुदृढ़ीकरण

इलेक्ट्रॉनिक वैक्सीन इंटेलिजेंस नेटवर्क (ईविन) की शुरूआतः

- भारत सरकार ने एक इलेक्ट्रॉनिक वैक्सीन इंटेलिजेंस नेटवर्क (ईविन) प्रणाली शुरू की है जो पूरे वैक्सीन स्टॉक प्रबंधन, उनके लॉजिस्टिक्स और तापमान ट्रैकिंग को वैक्सीन स्टोरेज के सभी स्तरों राष्ट्रीय से उप जिला स्तर पर अंगीकृत करती है।
- यह कार्यक्रम प्रबंधकों को देश भर में वैक्सीन कोल्डचेन लॉजिस्टिक्स प्रणाली का एक विस्तृत अवलोकन प्रदान करते हुए सभी कोल्डचेन बिंदुओं पर की टीका भण्डार स्थिति और उनके भंडारण का तापमान की वास्तविक स्थिति की जानकारी उपलब्ध कराने में सक्षम बनाता है।
- 21 राज्यों – उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश,राजस्थान, ओडिशा, बिहार, झारखंड, छत्तीसगढ़, असम, मणिपुर, नागालैंड, गुजरात, हिमाचल प्रदेश, महाराष्ट्र, त्रिपुरा, कर्नाटक, आंध्र प्रदेश, उत्तराखंड, तेलंगाना, गोवा, दमन और दीव और दादर और नगर हवेली में सभी 505 जिलों में ईविन प्रणाली शुरू की गई है।
- **नेशनल कोल्ड चेन प्रबंधन सूचना प्रणाली (एनसीसीएमआईएस)** कोल्ड चेन उपकरण की उपलब्धता, कार्यात्मक स्थिति, इन्वेंट्री और महत्वपूर्ण कोल्ड चेन संकेतकों को ट्रैक करने के लिए।

➢ देश में कोल्डचेन के स्थान को बढ़ाने और कोल्ड चेन प्रणाली को मजबूत बनाने के लिए वर्ष 2017 में 16 वाक ईन कूलर्स, 6 वॉक ईन फ्रीजर्स (डब्ल्यूआईएफ), 13,250 आईएलआल, 10,567 डीएफएस, 40 एसडीडीएस और 150 टूल–किट्स खरीदी और राज्यों को आपूर्ति कराई गई।

4.7.4 टीकाकरण प्रणाली के बाद प्रतिकूल घटनाएँ (एईएफआई)

क) डब्ल्यूएचओ द्वारा 2017 में टीकाकरण प्रभाग के एईएफआई निगरानी कार्यक्रम का मूल्यांकन राष्ट्रीय विनियामक प्राधिकरण (एनआरए) के मूल्यांकन के एक भाग के तौर पर किया गया था। एनआरए के फार्माकोविजिलेंस फ़ंक्शन जिसमें टीका सुरक्षा और एईएफआई निगरानी शामिल है, अधिकतम संभव परिपक्वता स्तर 4 की रेटिंग प्राप्त की है।

ख) एईएफआई निगरानी कार्यक्रम के लिए राष्ट्रीय गुणवत्ता आश्वासन मानकों के अनुसार अपने राष्ट्रीय स्तर की प्रक्रियाओं के लिए गुणवत्ता प्रमाणित किया गया है। राज्य स्तरीय कार्यान्वयन के लिए स्कोपिंग दो राज्यों में प्रगति पर है।

ग) जोखिम पूर्ण गंभीर और गंभीर एईएफआई की रिपोर्टिंग के लिए ऑनलाइन रिपोर्टिंग सॉफ्टवेयर वैक्सीन एडवर्स इवेंट मैनेजमेंट इंफॉर्मेशन सिस्टम (वीएईएमआईएस) जिसे डब्ल्यूएचओ के सहयोग से विकसित किया गया था, को दो राज्यों (मध्य प्रदेश और पश्चिम बंगाल) में शुरू किया गया है तथा आने वाले साल में इसे देश भर में विस्तारित किया जा रहा है।

घ) तमिलनाडु और कुछ पूर्वोत्तर राज्यों को छोड़कर अधिकांश राज्य और संघ राज्य क्षेत्रों में संशोधित एईएफआई दिशा निर्देशों के आधार पर राज्य स्तरीय प्रशिक्षण पूरा हो गया है। सभी प्रमुख राज्यों में चिकित्सा अधिकारी और स्वास्थ्य कर्मियों के लिए जिला स्तरीय प्रशिक्षण पूरा कर लिया है और शेष राज्यों में यह प्रगति पर है।

ड.) गंभीर और जोखिमपूर्ण एईएफआई की रिपोर्टिंग वर्ष 2017–18 में 1521 मामलों से बढ़कर वर्ष 2018–19 में 2979 मामले हो गई है।

च) टीके की सुरक्षा में और अधिक सुधार करने के कदम के तौर पर सभी राज्यों में पीएचसीएस, एईएफआई में मामूली एईएफआई की लाइन–लिस्टिंग शुरू की गई है।

छ) एचडब्ल्यू और एमओ के लिए एईएफआई निगरानी कार्य सहायिका को अंग्रेजी और हिंदी में विकसित किया गया है और इसे समान प्रचार और प्रसार के लिए कुछ राज्य को भेजा गया है। कुछ राज्य जैसे महाराष्ट्र, गुजरात आदि ने इन सहायिका का अनुवाद कार्य स्थानीय भाषाओं में भी किया है।

ज) जबकि वर्ष 2017–18 में 25 राज्यों ने राज्य स्तरीय एईएफईआई समिति की 40 बैठकों का आयोजन किया और वर्ष 2018–19 में 27 राज्यों में राज्य स्तरीय एईएफआई समिति की 88 बैठकों का आयोजन किया गया था।

झ) वर्ष 2017–18 और 2018–19 दोनों में चार राष्ट्रीय एईएफआई समिति की बैठकें हुईं और दिसंबर 2018 तक स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय की वेबसाइट पर कुल 1491 आकस्मिक आकलित मामले अपलोड किए गए।

ञ) टीकाकरण के बाद एनाफिलेक्सिस के कारण हुई मृत्यु की दर और रुग्णता दर को कम करने के लिए, एक नीति का अनुमोदन किया गया है जिसमें स्वास्थ्य कार्यकर्ता / एएनएम को क्षेत्रीय संरचनाओं में संदिग्ध एनाफिलेक्सिस के प्रबंधन के लिए आयु उपयुक्त इंजेक्शन एड्रेनालाईन के एक एकल इंजेक्शन का उपयोग करने के लिए प्राधिकृत किया गया है। प्रशिक्षण योजनाओं का विकास और निगरानी के साथ इसका संचालन कार्य चल रहा है।

4.8 पल्स पोलियो टीकाकरण (पीपीआई)

1988 में विश्व स्वास्थ्य सभा संकल्प की अनुपालना करते हुए पोलियो उन्मूलन की वैश्विक पहल के साथ वर्ष 1995 में भारत में पल्स पोलियो प्रतिरक्षण कार्यक्रम शुरू किया गया था। प्रत्येक वर्ष राष्ट्रीय और उप–राष्ट्रीय रोग प्रतिरक्षा दौर के दौरान 0–5 वर्ष के आयु समूह के बच्चों में (उच्च जोखिम पूर्ण क्षेत्रों) में पोलियो ड्रॉप्स दिया गया था।

पूरे देश में पल्स पोलियो कार्यक्रम के सफलतापूर्वक कार्यान्वयन 24 लाख वैक्सीनेटर तथा 1.5 लाख पर्यवेक्षक

नई दिल्ली में पल्स पोलियो दिवस पर एक बच्चे को पोलियो ड्राप्स देते हुए भारत के राष्ट्रपति

माननीय राष्ट्रपति पल्स पोलियो दिवस पर राष्ट्रपति भवन, नई दिल्ली में माननीय स्वास्थ्य मंत्री, स्वास्थ्य राज्य मंत्री तथा स्वास्थ्य मंत्रालय के अधिकारियों, विकास भागीदारों तथा अन्य शिष्टमंडल से मिलते हुए

कार्यान्वयन में सम्मिलित हैं। प्रत्येक राष्ट्रीय टीकाकरण दिवस (एनआईडी) के दौरान देश भर में लगभग 172 मिलियन बच्चों और एसएनआईडीएस में 77 मिलियन बच्चों का टीकाकरण किया जाता है

4.8.1 प्रगति

जनवरी, 2011 में देश में पोलियोवायरस के अंतिम मामले की रिपोर्टिंग के बाद डब्ल्यू एच ओ ने 24 फरवरी, 2012 को भारत को सक्रिय स्थानिक वाईल्ड पोलियो वायरस संचरण वाले देशों की सूची से हटा दिया। इसके बाद, 27 मार्च, 2014 को दक्षिण पूर्वी एशिया क्षेत्र के 10 अन्य देशों के साथ भारत को डब्ल्यूएचओ के क्षेत्रीय प्रमाणन आयोग (आरसीसी) द्वारा पोलियो मुक्त घोषित किया गया था। यह जारी प्रमाण पत्र बताता है कि 11 सदस्य राज्यों की राष्ट्रीय प्रमाण पत्र समितियों "द्वारा उपलब्ध कराए गए साक्ष्यों से निष्कर्ष निकाला कि इस क्षेत्र के सभी देशों में स्वदेशी वाईल्ड पोलियो वायरस के संचरण को बाधित किया गया है।"

भारत ने पोलियो मुक्त स्थिति को बनाए रखा है 13 जनवरी, 2011 को सूचित अंतिम मामले के बाद चूंकि 6 वर्ष से अधिक समय से वाईल्ड पोलियो वायरस का कोई मामला दर्ज नहीं हुआ है।

गत सूचित पोलियो मामला		
पोलियो वायरस के प्रकार	**अंतिम केस की तारीख**	**स्थान**
पी1	13 जनवरी, 2011	हावड़ा, पश्चिम बंगाल
पी2	24 अक्तूबर, 1999	अलीगढ़, उत्तर प्रदेश
पी3	22 अक्तूबर, 2010	पाकुड, झारखंड

4.8.2 पोलियो मुक्त स्थिति बनाए रखने के उपाय

पोलियो मुक्त स्थिति बनाए रखने के लिए, देश निम्नलिखित कार्यनीतियों का कार्यान्वयन कर रहा है:

- नियमित टीकाकरण के अलावा प्रत्येक वर्ष राष्ट्रीय और उप राष्ट्रीय पोलियो दौरों की उच्च गुणवत्ता के माध्यम से सामुदायिक प्रतिरक्षा को बनाए रखना।
- अंतर्राष्ट्रीय सीमाओं (दोनों रेल तथा सड़क मार्गों) यानी पाकिस्तान, बांग्लादेश, भूटान, नेपाल और म्यांमार पर स्थापित विशेष बूथों के माध्यम से चौबीसों घंटे सभी पात्र बच्चों को पोलियो टीकाकरण प्रदान किया जाता है 31 मार्च, 2019 के अनुसार इन सीमा चौकियों पर 1.32 करोड़ बच्चों को टीका लगाया गया था।
- भारत और 8 अन्य देशों अर्थात पाकिस्तान, अफगानिस्तान, नाइजीरिया, केन्या, इथियोपिया, सोमालिया, सीरिया और कैमरून के बीच यात्रा कर रहे अंतर्राष्ट्रीय यात्रियों के पोलियो टीकाकरण के लिए यात्रा परामर्शी जारी की गई है। दिसबंर 2018 तक, 2.72 लाख से अधिक यात्रियों को ओपीवी का टीका लगाया गया है।
- एक आपातकालीन तैयारी और प्रतिक्रिया योजना (ईपीआरपी) प्रस्तुत की गई है जिसके तहत देश में कोई भी पोलियो मामला पाए जाने पर समय पर कार्रवाई के लिए हर राज्य / केंद्र शासित में तीव्र रिस्पांस टीम (आरआरटी) की स्थापना की जाती है।
- पोलियो एंडगेम कार्यनीति के एक भाग के रूप में भारत ने पोलियो के खिलाफ दोहरा संरक्षण प्रदान करने के लिए देश में निष्क्रिय पोलियो वैक्सीन (आईपीवी) की पेशकश की है
- देश भर में एक्यूट फ्लेसिड निगरानी (एएफपी) और पर्यावरण निगरानी (जो पोलियो वायरस संचरण के लिए सरोगेट संकेतक के रूप में कार्य करता है) को मुंबई, दिल्ली, पटना, कोलकाता, पंजाब, हैदराबाद, लखनऊ, पश्चिम बंगाल और गुजरात में मजबूत किया जा रहा है
- रोग प्रतिरक्षा टीकाकरण सप्ताहों का आयोजन करके नियमित टीकाकरण के सुदृढ़ीकरण के लिए पोलियो कार्यक्रम से प्राप्त सीखो को कार्यान्वित किया जा रहा है और इसके साथ–साथ इन सीखों का उपयोग "मिशन इन्द्रधनुष" और हाल ही में गति प्राप्त तीव्र मिशन इंद्रधनुष के कार्यान्वयन के लिए भी किया जा रहा है।

4.8.3 वैक्सीन प्रिवेंटेबल डिजीज (वीपीडी) निगरानी

वर्तमान में, वीपीडी निगरानी के लिए भारत में निम्न निगरानी प्रणाली मौजूद हैं:

i. एएफपी (तीव्र फलासिड पक्षाघात) निगरानी :

- एएफपी (एक्यूट फ्लेसीड पैरालिसिस) निगरानी पोलियोमाइलाइटिस के मामलों का पता लगाने के लिए स्वर्ण मानक है। यह वाईल्ड पोलियोवायरस के सभी जलाशयों और वैक्सीन व्युत्पन्न पोलियो वायरस संचरण कीपहचान करने के लिए किया जाता है। इस सभी एएफपी मामलों की रिपोर्टिंग में उनकी जांच करना और विशेष प्रयोगशालाओं में पोलियोविरस के लिए ऐसे मामलों से एकत्र किए गए सभी मल नमूनों की प्रयोगशाला परीक्षण सम्मिलित है। लगभग 40,000 स्वास्थ्य सुविधाएं एएफपी के साथ बच्चों को निगरानी प्रणाली की रिपोर्ट करती हैं। 2018 में, 36,446 एएफपी मामले सामने आए और 2019 में (27 अप्रैल 2019 तक) देश में 9598 एएफपी मामले सामने आए।
- पोलियो वायरस (वाईल्ड पोलियोवायरस और वैक्सीन व्युत्पन्न पोलियो वायरस) के प्राथमिक अलगाव के लिए भारत में डब्ल्यूएचओ मान्यता प्राप्त 8 प्रयोगशालाएं हैं, इसके बाद एएफपी मामलों से अलग किए गए वायरस से इंट्राटिपिक डिफ्रेनशिएश (आईटीडी) किया जाता है, अगर यह संकेत दिया जाता है।
- ये प्रयोगशालाएँ हैं: बीजेएमसी अहमदाबाद, एनआईवी बेंगलुरु, ईआरसी मुंबई, एलओएस कोलकाता, एनसीडीसी दिल्ली, सीआरआई कसौली, केआईपीएम चेन्नई और एसजीपीजीआई लखनऊ।
- वर्तमान में भारत उच्चतम मानकों को बनाए हुए है जैसा कि भारत 6.64 की एएफपी दर 5.36 की गैर–पोलियो एएफपी दर (वैश्विक न्यूनतम के 2 की सिफारिश के मुकाबले) और 87% स्टूल एडेक्यूसी दर (14 दिनों के भीतर 2% स्टूल नमूनों के साथ) दिनांक 27 अप्रैल 2019 तक के संकेत प्राप्त होते हैं।
- एएफपी निगरानी के पूरक के तौर पर 9 राज्यों में फैले 51 स्थलों पर पर्यावरणीय निगरानी की स्थापना की गई है।

ii. खसरा–रूबेला (एमआर) निगरानी :

- संदिग्ध खसरे के मामले को किसी व्यक्ति को बुखार और मैक्यूलोपापुलर दाने (यानी गैर–वेसिक्युलर) और 3 सी यानी खांसी, कोरिज़ा (यानी बहती नाक) या नेत्रश्लेष्मलाशोथ (यानी लाल आँखें) एक साथ होना के तौर पर परिभाषित किया गया है ।
- प्रयोगशाला समर्थित खसरा निगरानी की शुरूआत वर्ष 2005 में एएफपी नेटवर्क के आधार पर की गई थी, जो 1995 से देश में प्रचलित है। सभी संदिग्ध खसरों की जांच इस प्रणाली के तहत की जाती है। इस प्रयोगशाला समर्थित खसरा–रूबेला निगरानी प्रणाली का पूरे देश में विस्तार वर्ष 2015 तक किया गया था।
- वर्तमान में, एमआर निगरानी को ऐसे प्रकोप के आधार पर संशोधित किया जाता है जो किसी ब्लॉक/नियोजन इकाई में 28 दिनों (4 सप्ताह) की अवधि में औसतन 5 या अधिक मामलों के रूप में परिभाषित किया गया है। इस तरह के सभी संदिग्ध प्रकोपों (प्रत्येक संदिग्ध मामला नहीं) को सक्रिय मामला खोज के माध्यम से जांच की जाती है और केस लाइन–सूची का सृजन प्रकोप जांच के माध्यम से होता है । आगे के मामले जो प्रकोप में सम्मिलित नहीं होते वे भी एमआर के लिए प्रयोगशाला द्वारा पुष्टि किए जाते हैं। देश भर में नेटवर्क में 40,000 से अधिक रिपोर्टिंग कार्यस्थल हैं, जिसमें सरकारी स्वास्थ्य सुविधाओं के अलावा निजी क्षेत्र, गैर–औपचारिक क्षेत्र, मंदिर भी शामिल हैं।
- एमआर लैब नेटवर्क में 19 डब्ल्यूएचओ से मान्यता प्राप्त, एएफपी संबद्ध प्रयोगशालाएं शामिल हैं जो क्रमिक पुष्टि के आधार पर प्रकोप और मामलों को वर्गीकृत करती हैं। नेटवर्क में प्रयोगशालाओं की वार्षिक मान्यता गुणवत्ता के परिणाम सुनिश्चित करने के लिए डब्ल्यूएचओ द्वारा की जाती है।
- देश में खसरा और रूबेला प्रकोप का सारांश :

	खसरा का प्रकोप	रुबेला का प्रकाप	मश्रित प्रकोप
2016	802	274	67
2017	436	115	15
2018	931	120	14

- आईसीएमआर द्वारा कांजेनिटल रुबेला सिंड्रोम (सीआरएस) की निगरानी की जा रही है

iii. प्रयोगशाला समर्थित टीके द्वारा रोकथाम योग्य रोग (वीपीडी) की निगरानी

- देश में एएफपी से प्राप्त व्यवहार्य जानकारी के आधार पर डब्ल्यूएचओ एक मामला आधारित प्रयोगशाला

समर्थित वीपीडी निगरानी प्रणाली स्थापित कर रहा है जिसमें अन्य निगरानी प्रणालियां जैसे इंटीग्रेटेड एकीकृत रोग निगरानी (आईडीएसपी) और केंद्रीय स्वास्थ्य सूचना ब्यूरो (सीबीएचआई)भी सम्मिलित होगी।

- वीपीडी निगरानी की शुरुआत 2015 में तीन राज्यों (हरियाणा, केरल और बिहार) से हुई और इसे 5 अन्य राज्यों, जैसे उत्तर प्रदेश, मध्य प्रदेश, हिमाचल प्रदेश और पंजाब में भी शुरू किया गया है तथा नवीनतम सम्मिलित राज्य कर्नाटक, जहां वीपीडी निगरानी 2018 के मध्य में शुरू की गई थी । इसके और अधिक राज्यों में विस्तार की प्रक्रिया चल रही है।
- डब्ल्यूएचओ ने प्रयोगशाला प्रक्रियाओं के मानकीकरण के लिए और डिप्थीरिया, पर्टुसिस और नवजात में टेटनस की पहचान और निदान के लिए राष्ट्रीय स्तर पर गुणवत्ता आश्वासन प्रयोगशालाओं की स्थापना तथा इनकी मजबूती के लिए एक राष्ट्रीय संदर्भ प्रयोगशाला स्थापित की।
- इस प्रयोजन के लिए सीएमसी वेल्लोर को वीपीडी निगरानी के लिए संदर्भ प्रयोगशाला के रूप में नामित किया गया है। इसके अलावा, 6 नेटवर्क प्रयोगशालाएँ स्थापित की गई हैं। ये हैं एसपीएचएल चेन्नई, केएमसी कोझीकोड, केजीएमसी लखनऊ, आईडीएच दिल्ली, एनसीडीसी दिल्ली तथा पीजीआई चंडीगढ़।
- निम्नलिखित के लिए डब्ल्यूएचओ और आईडीएसपी निगरानी प्रणाली का एकीकरण की शुरुआत की जा रही है : –
    - o मामलों की जानकारी को साप्ताहिक आधार पर साझा किया जाता है।,
    - o लैब की रिपोर्ट भी साझा की जाती है।
    - o डब्ल्यूएचओ और आईडीएसपी द्वारा संयुक्त वीपीडी प्रकोप जांच,
    - o दोनों प्रणालियों के साथ साझा की जाने वाली वीपीडी के लिए संयुक्त प्रकोप रिपोर्ट तैयार करना

अनुलग्नक – 1

राष्ट्रीय टीकाकरण अनुसूची (आयु–वार)

आयु	दिए गए टीके
जन्म	बीसीजी, ओरल पोलियो वैक्सीन (ओपीवी) –0 खुराक, हेपेटाइटिस बी जन्म खुराक
6 सप्ताह	ओपीवी–1, पेंटावैलेंट–1, रोटावायरस वैक्सीन (आरवीवी)–1^, एफआईपीवी–1, पीसीवी–1 #
10 सप्ताह	ओपीवी –2, पेंटावैलेंट –2, आरवीवी–2 ^
14 सप्ताह	ओपीवी–3, पेंटावेलेंट–3, एफआईपीवी–2, आरवीवी–3^, पीसीवी–2#
9–12 महीने	खसरा–1 या एमआर–1, जेई–1*, पीसीवी–बी#
16–24 महीने	खसरा–2 या एमआर–2 , जेई–2*, डीपीटी–बूस्टर–1, ओपीवी–बूस्टर
5–6 साल	डीपीटी–बूस्टर–2
10 साल	टीडी
16 वर्ष	टीडी
गर्भवती माता	टीडी 1, 2 या बूस्टर**

1. * केवल स्थानिक जिलों में (वर्तमान में 231) जिलों में)
2. ** एक खुराक यदि पहले 3 वर्षों के भीतर टीका लगाया गया हो।
3. ^चयनित राज्यों/जिलों में रोटावायरसः आंध्र प्रदेश, असम, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, तमिलनाडु, त्रिपुरा और उत्तर प्रदेश।
4. #चयनित राज्यों/जिलों में पीसीवी : बिहार, हिमाचल प्रदेश, मध्य प्रदेश, हरियाणा (राज्य पहल), उत्तर प्रदेश (12 जिले) और राजस्थान (9 जिले)।

रेखांकित (गुलाबी रंग) वैक्सीन : शुरू किया/बढ़ाया जा रहा है

अनुलग्नक–2

शिशुओं, बच्चों और गर्भवती महिलाओं के लिए राष्ट्रीय टीकाकरण अनुसूची (एनआईएस) (वैक्सीन–वार)

टीका	कब देना है	खुराक	मार्ग	साइट
गर्भवती महिलाओं के लिए				
टेटनस टॉक्सॉइड (TT)/ टेटनस और वयस्क डिप्थीरिया (Td)–1	गर्भावस्था के आरंभ में	0.5 मिली	इंट्रा–मैस्कुलर	ऊपरी बांह
टीटी/TD–2	TT–1 के 4 सप्ताह बाद	0.5 मिली	इंट्रा–मैस्कुलर	ऊपरी बांह
टीटी/td–बूस्टर	यदि पिछले 3 वर्ष के भीतर किसी गर्भावस्था में 2 टीटी खुराक प्राप्त की जा चुकी है*	0.5 मिली	इंट्रा–मैस्कुलर	ऊपरी बांह
शिशुओं के लिए				
बेसिलस कैलमेट गुएरिन (बीसीजी)	जन्म के समय या एक वर्ष की आयु तक यथाशीघ्र	0.1 उस (1 महीने की उम्र तक 0.05 मि.ली.)	इंट्रा त्वचीय	ऊपरी बांह
हेपेटाइटिस बी – जन्म की खुराक	जन्म के समय या यथासंभव 24 घंटे के भीतर	0.5 मिली	इंट्रा–मैस्कुीलर	मध्य–जांघ के अंटेरो–पार्श्व पक्ष
ओरल पोलियो वैक्सीन (ओपीवी) – 0	जन्म के समय या पहले 15 दिनों के भीतर जितनी जल्दी हो सके	2 बूँदें	मौखिक	मौखिक
ओपीवी 1, 2 और 3	6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह पर (5 वर्ष की आयु तक ओपीवी दिया जा सकता है)	2 बूँदें	मौखिक	मौखिक
pentavalent 1, 2 और 3	6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह पर (एक वर्ष की आयु तक दिया जा सकता है)	0.5 मिली	इंट्रा–मैस्कुवलर	मध्य–जांघ के बाहरी ओर
न्यूमोकोकल कंजुगेट वैक्सीन (पीसीवी)^	6 और 14 सप्ताह में दो प्राथमिक खुराक और उसके बाद 9–12 महीने पर बूस्टर खुराक।	0.5 मिली	इंट्रा–मैस्कु9लर	मध्य–जांघ के बाहरी ओर
रोटावायरस (आरवीवी) ^	6 सप्ताह, 10 सप्ताह और 14 सप्ताह पर (एक वर्ष की आयु तक दिया जा सकता है)	3	मौखिक	मौखिक
निष्क्रिय पोलियो वैक्सीन (आईपीवी)	6 और 14 सप्ताह की आयु में दो अलग–अलग खुराक	0.1 मिली आईडी	इंट्रा त्वचीय दो भिन्नात्मक खुराक	इंट्रा–डर्मलः राइट अपर आर्म

रुबेला (एमआर) 1 सेंट की खुराक	9 महीने पूरे किए जाने पर 12 महीने तक। (5 साल की उम्र तक खसरा टीका दिया जा सकता है)	0.5 मिली	उप त्वचीय	दाहिने ऊपरी बांह
जापानी एन्सेफलाइटिस (जेई)–1**	9 महीने पूरे किए जाने पर 12 महीने तक	0.5 मिली	उप त्वचीय	दाहिने ऊपरी बांह
विटामिन ए (1 सेंट खुराक)	9 महीने पूरे होने पर खसरा–रूबेला के साथ	1 मिली (1 लाख आईयू)	मौखिक	मौखिक
बच्चों के लिए				
डिप्थीरिया, पर्टुसिस और टेटनस (डीपीटी) बूस्टर –1	16–24 महीने	0.5 मिली	इंट्रा–पेशी	मध्य–जांघ के अंटेरो–पार्श्व पक्ष
एमआर 2 एन डी कीखुराक	16–24 महीने	0.5 मिली	उप त्वचीय	दाहिने ऊपरी बांह
ओपीवी बूस्टर	16–24 महीने	2 बूँदें	मौखिक	मौखिक
जेई–2	16–24 महीने	0.5 मिली	उप त्वचीय	बाहरी ऊपरी बांह
विटामिन ए * (दूसरी से 9 वीं खुराक)**	16–18 महीने। फिर 5 साल की उम्र तक हर 6 महीने में एक खुराक।	2 मिली (2 लाख IU)	मौखिक	मौखिक
डीपीटी बूस्टर–2	5–6 साल	0.5 मिली।	इंट्रा–पेशी	ऊपरी बांह
टीटी/टीडी	10 साल और 16 साल	0.5 मिली	इंट्रा–पेशी	ऊपरी बांह

* एक खुराक अगर 3 साल के भीतर पहले टीका लगाया गया है

** जेई वैक्सीन को अभियान के बाद चुनिंदा स्थानिक जिलों में शुरू किया गया है।

*** विटामिन ए की 2 से 9 वीं खुराक आईसीडीएस के साथ मिलकर, द्विवर्षीय दौर के दौरान 1–5 वर्ष की आयु के बच्चों को दी जा सकती है।

^ नीचे दिए गए विवरण के अनुसार चयनित राज्यों / जिलों में रोटावायरस वैक्सीन और पीसीवीः

रोटावायरसः आंध्र प्रदेश, असम, हरियाणा, हिमाचल प्रदेश, झारखंड, मध्य प्रदेश, ओडिशा, राजस्थान, तमिलनाडु, त्रिपुरा और उत्तर प्रदेश।

पीसीवीः बिहार, हिमाचल प्रदेश, मध्य प्रदेश, हरियाणा (राज्य स्तरीय पहल), उत्तर प्रदेश (12 जिले) और राजस्थान (9 जिले)।

अनुलग्नक – 3

मिशन इन्द्रधनुष (सभी चरण) कवरेज रिपोर्ट

(12 अप्रैल 2019 के अनुसार)

(आंकड़े लाख में)

क्र.सं.	सूचकांक	चरण -1	चरण -2	चरण -3	चरण -4	आईएमआई	एमआई-जीएसए*	एमआई-ईजीएसए*	पीएचडी -6	कुल
1	आयोजित सत्रों की संख्या	9.61	11.55	7.44	6.30	6.04			0.97	41.91
2	दिए गए एंटीजैन की संख्या	190.09	172.84	151.56	118.46	158.44			14.56	805.95
3	रोग प्रतिरक्षित गर्भवती महिलाओं की संख्या	20.95	16.83	17.83	13.18	11.86	1.13	4.29	1.13	87.18
4	पूर्णतया रोग प्रतिरक्षित गर्भवती महिलाओं की संख्या	11.13	8.94	9.56	7.13	6.66			0.62	44.04
5	प्रतिरक्षित बच्चों की संख्या	75.75	70.30	62.08	46.65	59.49	4.97	15.26	4.94	339.44
6	पूर्णतया प्रतिरक्षित बच्चों की संख्या	19.81	18.17	16.34	12.25	14.01			1.21	81.79
7	पहली बार टीका लगाए गए बच्चों की संख्या	0.00	9.31	12.06	6.84	8.55			0.62	37.39
8	दी गई विटामिन ए की खुराक की संख्यु	19.85	20.53	17.98	15.13	18.46			1.44	93.39
9	वितरित ओआरएस पैकेट की संख्या	16.93	13.62	21.38	16.64	11.17			1.07	80.81
10	वितरित जिंक गोलियों की संख्या	57.03	44.85	80.70	52.10	39.18			0.84	274.70

*आंकड़े जीएसए/ईजीएसए पोर्टल से लिए गए डेटा