HEALTH FACILITY KMC REGISTER

Month: _____ Year: _____

#	FACILITIES WITH INPATIENT KMC					FACILITIES WITHOUT INPATIENT KMC			FUP	ENROLLMENT DATA FOR ALL BABIES								FACILITY-BASED KMC CASES ONLY							FOLLOW-UP										NOTES
	KMC INITIATION					KMC INITIATION & REFERRAL			Follow-up	MOTHER'S INFORMATION		DATA FOR BABY AT KMC INITIATION						STATUS AND WEIGHT OF BABY AT DISCHARGE FROM FACILITY-BASED KMC							FOLLOW-UP CONTACTS		1st FOLLOW-UP			2nd FOLLOW-UP			3rd FOLLOW-UP			Comments
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Sr. #	Type of KMC *(circle one)*		Referred in		Name of referring facility (if applicable)	Initiated and referred	Initiated on AMB	Name of facility baby referred to (if applicable)	Follow-up case	Mother's name	Mother's address (village) & phone #	Baby date of birth		Birth Weight (*actual weight in grams*)	Date KMC Started		Weight KMC Started	Vital status at discharge		Weight at Discharge	Mother absconded?		Date of discharge (or death/ abscond)		Name of follow-up facility (if appl)	HSA name & number	Date of visit		Weight (g)	Date of visit		Weight (g)	Date of visit		Weight (g)	*Use this space to record relevant information/ comments*
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F			dd	mm	Wt (g)	dd	mm	Wt (g)	ALIVE	DEAD	Wt (g)	Y	N	dd	mm			dd	mm	wt (g)	dd	mm	wt (g)	dd	mm	wt (g)	
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
	FKMC	AMB	Y	N		I&R	AMB		F									ALIVE	DEAD		Y	N														
Summary	# FKMC	# AMB	# REF			# I & R	# AMB											# alive	# dead		# absc															