

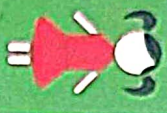


مؤسسة الرعاية الصحية الأولية  
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

مؤسسة حماد الطبية  
Hamad Medical Corporation  
MEDICAL CORPORATION - MEDICAL CORPORATION - MEDICAL CORPORATION

جنس / جنس

أهـ 16104



تولـ # 1684 1992  
عـ 21303

المفكرة الصحية للطفل  
Child Health Notebook  
Well Baby Clinic



HC05969965

HC Exp:

Baby of RUSHIRA ASIF ASIF ALI

Nationality: Pakistani

DOB: 17/12/2019 Gender: Female



الاسم  
Name

الرقم الشخصي  
ID No.

الرقم الصحي  
HC No.

المركز الصحي  
Health Centre





IIC03292789

HC Exp: 29/05/2020

BUSHIRA ASIF ASIF ALI

Nationality: Pakistani

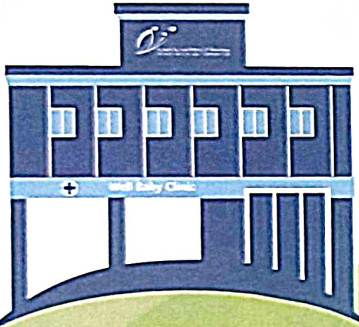
DOB: 08/08/1988 Gender: Female



## البيانات الأساسية للطفل

### Child's Basic Data

	الإسم Name
رقم سجل الميلاد Birth Reg No.	HC05969965 HC Exp:
الرقم الصحي HC No.	Baby of BUSHIRA ASIF ASIF ALI
تاريخ الميلاد Date of Birth	Nationality: Pakistani DOB: 17/12/2019 Gender: Female
الجنس Gender	الجنسية Nationality
إسم الأم Mother's Name	العمر Age
إسم الأب Father's Name	العمر Age
العنوان Address	
رقم الهاتف Telephone No.	66841992 / 33303246
بيانات أخرى Other Info.	





## البيانات الأولية : (عند الولادة At Birth)

سليم بعينه هذا الجزء من قبل الكادر الطبي في مستشفى الولادة  
(This section will be filled by medical staff at Birth hospital)

ملاحظات (Remarks)

<b>معلومات الطفل</b>	
Date of Birth: 17-12-11	تاريخ الولادة:
Place of Birth: A/CH	مكان الولادة:
<b>إشراف : (طبيب - قابلة - بدون)</b>	
Supervision: (Doctor - Midwife - None)	الدقيقة الأولى:
Apgar Score 1 <sup>st</sup> Min: 7	الخامسة:
5 <sup>th</sup> Min: 10	العاشرة:
10 <sup>th</sup> Min:	
<b>دخول العناية المركزة</b>	السبب:
NICU Admission <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Reason: PNE ROOM
Duration: _____ day/s	المدة: _____ يوم
<b>قياسات النمو عند الولادة:</b>	
Growth Measurement	الوزن: _____ كجم * z
Weight 1190 kg * z	الطول: _____ سم * z
Height _____ cm * z	محيط الرأس: _____ سم * z
Head Circumference _____ cm * z	
<b>الولادة:</b>	
Delivery	طبيعية <input type="radio"/> شفاط <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Ventous	قيصرية <input type="radio"/> جفت <input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Caesarian <input type="radio"/> Forceps	
<b>معلومات الحمل:</b>	
Pregnancy Info:	اسبوع الحمل: _____ (اسبوع)
Gestational Age 35 (Wks)	مفرد <input type="radio"/> توأم ثلاثي <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Single <input type="radio"/> Triple	توأم ثنائي <input type="radio"/> أخرى <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Twin <input type="radio"/> Other	

\* Centile



يتم تعبئة هذا الجزء من قبل الكادر الطبي في مستشفى الولادة  
(This section will be filled by medical staff at Birth hospital)

<b>Vaccination</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<b>التطعيمات</b> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	..... (If No, Specify reason) في حالة لا، لماذا: ..... .....
<b>Skin to Skin Contact after Birth</b> <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Time <i>TRANSFER TO NICU</i>	<b>الملاصقة بين الأم والطفل</b> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> الوقت	..... (If No, Specify reason) في حالة لا، لماذا: ..... .....
<b>NICU Admission</b> <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Time	<b>بدء الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى</b> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> الوقت	..... (If No, Specify reason) في حالة لا، لماذا: ..... .....
<b>Vision Examination: Find Vision Examination Schedule</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<b>فحص الابصار: راجعي جدول فحص الأبصار</b> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	..... (If No, Specify reason) في حالة لا، لماذا: ..... .....
<b>Hearing Examination: Find Hearing Examination Schedule</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<b>فحص السمع: راجعي جدول فحص السمع</b> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	..... (If No, Specify reason) في حالة لا، لماذا: ..... .....
<b>Counseling:</b> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<b>التثقيف الصحي:</b> <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	..... (If No, Specify reason) في حالة لا، لماذا: ..... .....

التاريخ

التوقيع





Rt hand 97.8 (Specify) عدد: Foot 98.4 SpO <sub>2</sub> diff 0.6 PROTOCOL CRITERIA MET KL	<b>Newborn Screening</b> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Abnormal <input type="radio"/> Metabolic disorder <input type="radio"/> Endocrine disorder <input type="radio"/> Hematological disorder (G6PD) <input type="radio"/> Others	<b>الفحص المبكر لحديثي الولادة</b> <input type="radio"/> طبيعي <input type="radio"/> غير طبيعي <input type="radio"/> أمراض استقلابية <input type="radio"/> أمراض الغدد الصماء <input type="radio"/> أمراض الدم (نقص الخميرة) <input type="radio"/> أمراض أخرى
--	--	--

A<sup>positive</sup> KL/mv

فصيلة الدم

Newborn Screening Stamp/ ختم فحص حديثي الولادة

Newborn Screening Sticker/ لاصقة فحص حديثي الولادة

HMC  
METABOLIC SCREENING  
PROGRAM

Date: 19-12-19/03/15/1  
Jalal - RN



Name: Fatima

Staff No.: 16104

Next vaccination date: 20/12/23

4 to 6 years old

13 to 18 years old

4y.o.

Please book an appointment in the reception or call 44735777/44735701.

**Important:** Your child cannot be given the next vaccine/s if the date booked is before the specified date. Thank you.

التوقيع والملاحظات  
Signature and Remarks

تاريخ  
Date

الثالثة  
3rd

التي  
2nd

10/Nov/21

IS 020022  
3/5/23

18000088

10/Nov/21

شلل الأطفال الفموي  
OPV

DA 3003  
10/Nov/21

25/8/2020

RP/1M

Lot AH 3443

Elm RT 24-2-20

المكورات الزنوية  
PCV

AROL 406175  
25/8/2020

P.O.

Lot AROLC26 38A

Po 24-2-2020

الفيروسات العجلية  
ROTA virus

25/8/2020

LT/1M

R 3P 9426

LotNO: R 3B84

Elm Lt T

24-2-2020

السداسي  
HEXA

PENTA (الخماسي): الكبد الفيروسي (ب) HBV, الدفتيريا, التيفافوس, السعال الديكي DTP, هيوموغليس الفلوتزا Hib

HEXA (السداسي): الكبد الفيروسي (ب) HBV, الدفتيريا, التيفافوس, السعال الديكي DTaP, هيوموغليس الفلوتزا Hib, شلل الأطفال المعطل IPV

TETRA (الرباعي): السعال الديكي DTaP, هيوموغليس الفلوتزا Hib, MMR: الحصبة Measles, الحصبة الألمانية Rubella, النكاف Mumps



جدول التحصينات  
Immunization Schedule

التوقيع والملاحظات Signature and Remarks	التاريخ Date		صين ضد Imm. Against
	الثانية 2nd	الجرعة الاولى 1st	
	١٧٥٥/٦٩٤ 3/5/23	February 23, 2023	بد الوبائي (أ) Hep A
	٥١٣/١٧٥٨٥٦ 3/5/23		MMR
			ديري المائي Varicella
	٢٨٤١ x ٢٥٤٤ 3/5/23		Penta / Tetra - باعدي
			لوية المنشطة - PCV B
			فان الغموي - OPV B
			منشطة - DTaP B
			الثاني - Td
			توس - Tetanus
			Others

الخط الساخن - Hotlines  
(English) 66740951 - 66740950 (عربي)







## الفحص الدوري للبصر Periodic Vision Examination

تتيح عمليات الفحص الدورية للعين فرصة نموذجية للكشف عن مشاكل الرؤية عند الأطفال و كلما تم اكتشاف هذه المشاكل في مرحلة مبكرة وكما  
فرص استعادة البصر. فإذا كانت لديك أية مخاوف بشأن إحصار طفلك أو الأوضاع غير الطبيعية للعين أو أي تاريخ عائلي لهذه المشاكل فإنه ينبغي عليك  
لإجراء تقييم لهذا الأمر عن طريق طبيب العيون بمركز الرعاية الصحية الأولية الذي يتبعه الطفل.

Periodic vision examination is an ideal opportunity to detect vision problems with children, whenever these problems are discovered in an early  
are greater chances of restoring sight. If you have any concerns about your child's vision or abnormal conditions of the eye or any  
history of these problems, you should seek to make an assessment of this matter by an ophthalmologist in Child's health center.

Age	Right Eye			Left Eye			Date	Examination
at Birth	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
Flex	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
ital malformation								
are and Others	Nor. <input type="checkbox"/>	Abn <input type="checkbox"/>		Nor. <input type="checkbox"/>	Abn <input type="checkbox"/>			
Exam								
12 months	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
Flex	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
ital Malformation								
18 months	sc <input type="checkbox"/>	cc <input type="checkbox"/>		sc <input type="checkbox"/>	cc <input type="checkbox"/>			
Flex	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
24 months	sc <input type="checkbox"/>	cc <input type="checkbox"/>		sc <input type="checkbox"/>	cc <input type="checkbox"/>			
Flex	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
30 months	sc <input type="checkbox"/>	cc <input type="checkbox"/>		sc <input type="checkbox"/>	cc <input type="checkbox"/>			
Flex	Nor. <input type="checkbox"/>	Abn <input type="checkbox"/>		Nor. <input type="checkbox"/>	Abn <input type="checkbox"/>			
	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			
	Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>		Pres <input type="checkbox"/>	Abse <input type="checkbox"/>			



## الفحص الدوري للسمع Periodic Hearing Examination

بما أن ضعف السمع يحدث في أي عمر فإنه من الضروري مراقبة تطور سمع طفلكم. إذا كان لديكم ادنى شك أن طفلكم لا يسمع بشكل طبيعي أو ساء سمعه لا تترددوا ولا تنتظروا لأن فحص الأطفال يمكن إجراؤه في أي عمر.

As hearing impairment can occur at any age, it is necessary to assess the child's hearing. If you have any doubt that your child does not hear properly, you should not hesitate and wait, hearing examination can be conducted at any age.

الطفل السليم

Acc. 5 floor (8-11) AM Healthy Child

ملاحظات Notes	نوع الفحص Type of Test	التاريخ Date	إسم الفاحص Examiner Name	الأذن اليسرى L:EAR	الأذن اليمنى R:EAR	المرحلة Stage
		14/2/20	AsNaby	Refer	Refer	المرحلة الأولى First Stage عند الولادة At Birth
		14/2/20	Muna		Refer	
ملاحظات Notes	نوع الفحص Type of Test	التاريخ Date	إسم الفاحص Examiner Name	الأذن اليسرى L:EAR	الأذن اليمنى R:EAR	المرحلة الثانية Second Stage
	OAC	26/2/20	Aya		Pass	عمر الشهرين 2 Months
ملاحظات Notes	نوع الفحص Type of Test	التاريخ Date	إسم الفاحص Examiner Name	الأذن اليسرى L:EAR	الأذن اليمنى R:EAR	المرحلة الثالثة Third Stage
	Otoscopy					دخول المدرسة (4-6 سنوات) School Entry (4-6yrs)
	Tympanometry					
	Pure tone Test					

Follow us on:

 phccqatar  @PHCCqatar  phccqatar  
 [www.facebook.com/PrimaryHealthCareCorporation](https://www.facebook.com/PrimaryHealthCareCorporation)

