



WBC

1 appt. after 1 month

7th mos vaccine

H



مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

بنت / Girl



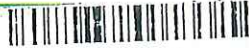
المفكرة الصحية للطفل

عيادة الطفل السليم

Child Health Notebook

Well Baby Clinic

الإسم
Name



IIC05854061 IIC Exp:

Baby of FOZIA YOUSAF

الرقم الشخصي
ID No.

Nationality: Pakistani
DOB: 18/09/2019 Gender: Female



الرقم الصحي
HC No.

المركز الصحي
Health Centre



البيانات الأساسية للطفل

Child's Basic Data



IIC05854061 IIC Exp:

Baby of FOZIA YOUSAF

Nationality: Pakistani
DOB: 18/09/2019 Gender: Female



الإسم
Name

رقم سجل الميلاد
Birth Reg No.

الرقم الصحي
HC No.

تاريخ الميلاد
Date of Birth

الجنسية
Nationality

الجنس
Gender

العمر
Age

Fozia Yousaf

إسم الأم
Mother's Name

العمر
Age

Khurram Shazad

إسم الأب
Father's Name

Alkhor Community

العنوان
Address

50538686

رقم الهاتف
Telephone No.

بيانات أخرى
Other Info.



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

ملاحظات (Remarks)	Child Info		معلومات الطفل
	Date of Birth: 18/09/19 at 15:27H		تاريخ الولادة:
	Place of Birth: Alkhor Hospital		مكان الولادة:
	Supervision: (Doctor - Midwife - None)		إشراف: (طبيب - قابلة - بدون)
	Appgar Score 1 st Min: 9		الدقيقة الأولى:
	5 th Min: 10		الكامسة:
10 th Min:		العاشرة:	
NICU Admission		Reason: السبب:	دخول العناية المركزة
<input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No			لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>
Duration: day/s			المدة: يوم
Growth Measurement		قياسات النمو عند الولادة:	
Weight 3.61 kg * x *	Height 51 cm * x *	* x سم	* x حجم
Head Circumference 35.5 cm * x *	Chest 33	* x سم	* x محيط الرأس
Delivery		الولادة:	
<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Ventous		<input type="radio"/> شفط	<input type="radio"/> طبيعية
<input type="radio"/> Caesarian <input type="radio"/> Forceps		<input type="radio"/> جفت	<input type="radio"/> قيصرية
Pregnancy Info:		معلومات الحمل:	
Gestational Age 39 ⁺ (Wks)			اسبوع الحمل: (اسبوع)
<input checked="" type="radio"/> Single <input type="radio"/> Triple		<input type="radio"/> توأم لثاني	<input type="radio"/> مفرد
<input type="radio"/> Twin <input type="radio"/> Other		<input type="radio"/> أخرى	<input type="radio"/> توأم لثاني

*Centile

10

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

Vaccination	التطعيمات	في حالة لا، لماذا: (If No, Specify reason)
<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>	
Skin to Skin Contact after Birth	الملامسة بين الأم والطفل	في حالة لا، لماذا: (If No, Specify reason)
<input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Time 1 Hour	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> الوقت <input type="radio"/>	Attended by paediatrician
NICU Admission	بدء الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى	في حالة لا، لماذا: (If No, Specify reason)
<input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No Time	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> الوقت <input type="radio"/>	
Vision Examination: Find Vision Examination Schedule	فحص الإبصار: راجعي جدول فحص الإبصار	في حالة لا، لماذا: (If No, Specify reason)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>	
Hearing Examination: Find Hearing Examination Schedule	فحص السمع: راجعي جدول فحص السمع	في حالة لا، لماذا: (If No, Specify reason)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>	
Counseling:	التثقيف الصحي:	في حالة لا، لماذا: (If No, Specify reason)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	لا <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/>	

التاريخ

التوقيع



عدد: (Specify)	Newborn Screening <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	الفحص المبكر لحديثي الولادة <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
-------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ABO B+ve
 POSITIVE
 AB / SB

فصيلة الدم

Newborn Screening Stamp / ختم فحص حديثي الولادة

Newborn Screening Sticker / لاصقة فحص حديثي الولادة

**HMC
 NEWBORN
 SCREENING PROGRAM**

05725 150926 5
 Screeningzentrum Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 669
 69120 Heidelberg
 06221/56-8278

QDOHANH

Done on 22/09/19 at
 0755H By SV

الحصين ضد Imm. Against	التاريخ Date		التوقيع والملاحظات Signature and Remarks
	الجرعة الاولى 1st	الثانية 2nd	
الحدرن BCG			
الكبد الفيروسي (ب) Hep B	19/09/19		
الحماسي PENTA	2/12/19		
شلل الأطفال الفموي OPV	2/12/19		
المكورات الرئوية PCV	2/12/19		
الفيروسات العجلية ROTA virus	2/12/19		
السداسي HEXA			

PENTA (الخماسي): الكبد الفيروسي (ب) HBV, الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي DTP, هيومفلس الفلوزا Hib
HEXA (السداسي): الكبد الفيروسي (ب) HBV، الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي DTaP، هيومفلس الفلوزا Hib، شلل الأطفال المعطل IPV
TETRA (الرباعي): السعال الديكي DTaP، هيومفلس الفلوزا Hib، الحصبة Measles، الحصبة الألمانية Rubella، النكاف Mumps

جدول التخصيمات
Immunization Schedule

الحصين ضد Imm. Against	التاريخ Date		التوقيع والملاحظات Signature and Remarks
	الجرعة الاولى 1st	الثانية 2nd	
الكبد الوبائي (أ) Hep A	12/Nov/2020		
MMR	12/Nov/2020		
الجديري المائي Varicella	12/Nov/2020		
الرباعي - Tetra			
مكورات الرئوية المنشطة - PCV B			
شلل الأطفال الفموي - OPV B			
ثلاثي المنشطة - DTaP B			
الثنائي - Td			
تيتانوس - Tetanus			
Others			

تتيح عمليات الفحص الدورية للعين فرصة نموذجية للكشف عن مشاكل الرؤية عند الأطفال و كلما تم اكتشاف هذه المشاكل في مرحلة مبكرة وكلما زادت 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 ان تسعى 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 at an early stage there are greater chances of restoring sight. If you have any concerns about your child's vision or abnormal conditions of the eye or any family 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
A) New Born a) Normal Birth - Red Reflex - Congenital malformation a) Premature and Others - Retinal Exam	Pres <input checked="" type="checkbox"/> Abse <input checked="" type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input checked="" type="checkbox"/> Nor. <input type="checkbox"/> Abn <input type="checkbox"/>	Pres <input checked="" type="checkbox"/> Abse <input checked="" type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input checked="" type="checkbox"/> Nor. <input type="checkbox"/> Abn <input type="checkbox"/>		Dr. Kesavath P. Najeeb Consultant, Pediatrics/AKH - HMC 021929
B) Two Months - Red Reflex - Congenital Malformation	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"/>		
C) Six Months - Vision - Red Reflex - Squint	^{sc} Pres <input type="checkbox"/> ^{cc} Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>	^{sc} Pres <input type="checkbox"/> ^{cc} Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>		
D) 3 Years - Vision - Red Reflex - Squint	^{sc} Pres <input type="checkbox"/> ^{cc} Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>	^{sc} Pres <input type="checkbox"/> ^{cc} Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>		
E) Pre-School - Vision - Color Vision - Red Reflex - Squint	^{sc} Nor. <input type="checkbox"/> ^{cc} Abn <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>	^{sc} Nor. <input type="checkbox"/> ^{cc} Abn <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>		