



جدول التحصينات
Immunization Schedule

التوقيع والملاحظات Signature and Remarks	التاريخ Date		الحصين ضد Imm. Against
	الثانية 2nd	الجرعة الاولى 1st	
	٦٥٥٤٥٩٦ ٦/١٥/٢١	Lot 5011044 ٦/١٤/٢١	الكبد الوبائي (أ) Hep A
	٥١٣٩٨٥٥٥٤ ٦/١٥/٢١	Lot 5030664 ٦/١٤/٢١	MMR
		Lot 5031550 ٦/١٤/٢١	الجديري المائي Varicella
		٥٨٥٥٠٦٢٢٨ ٦/١٥/٢١	الرباعي - Tetra Penta
			التهاب الكبد الوبائي - PCV B
			الأطفال الشموي - OPV B
			التي المنشطة - DTaP B
			الثنائي - Td
			التيتانوس - Tetanus
			Others

التحصينات
Immunization



الخط الساخن - Hotlines
٦٦٧٤٠٩٥ - ٦٦٧٤٠٩٥١ (عربي)
66740951 - 66740950 (English)



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

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

التاريخ

التوقيع

البيانات الأولية : (عند الولادة At Birth)

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

معلومات الطفل

Date of Birth: 30/03/2020 at 0647H تاريخ الولادة:
Place of Birth: Alkher Hospital مكان الولادة:

Supervision: (Doctor - Midwife - None)

إشراف: (طبيب - قابلة - بدون)

Apgar Score 1st Min: 9 الدقيقة الأولى:
5th Min: 10 الخامسة:
10th Min: العاشرة:

NICU Admission

Reason: السبب:

دخول العناية المركزة

Yes No

لا نعم

Duration: day/s

المدة: يوم

Growth Measurement

قياسات النمو عند الولادة:

Weight 3830 kg * z * Height 49 cm * z * * z * الطول * z * كجم * z * الوزن:
Head Circumference 33 cm * z * محيط الرأس * z * سم * z * سم

Delivery

الولادة:

Normal Ventous
 Caesarian Forceps

شفط طبيعي شفط
 جفت قيصرية

Pregnancy Info:

معلومات الحمل:

Gestational Age 40 (Wks)

اسبوع الحمل (اسبوع)

Single Triple
 Twin Other

توأم ثنائي مفرد
 توأم ثلاثي أخرى

*Centile



مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

بنت / Girl



المفكرة الصحية للطفل
عيادة الطفل السليم
Child Health Notebook
Well Baby Clinic

IIC06096263	IIC Exp:	الإسم Name
Baby of HERNITA BINTI JAMALUDDIN ANDAH		الرقم الشخصي ID No.
Nationality: Indonesian	DOB: 30/03/2020	الرقم الصحي HC No.
Gender: Female	10 3 2036000028	المركز الصحي Health Centre
Mob# 55402833		

