



Girl / بنت



المفكرة الصحية للطفل

عيادة الطفل السليم

Child Health Notebook

Well Baby Clinic

الإسم
Name

IIC NUMBER : IIC04926272
NAME : Baby of SADIA MCDASSAR MUIHA
NATIONALITY : Pakistani
DOB : 31/08/2017
GENDER : Female
BLOOD GROUP :
ADMIT DATE :
MOB. 33594482

25

الرقم الشخصي
ID No.

الرقم الصحي
HC No.

المركز الصحي
Health Centre





البيانات الأساسية للطفل Child's Basic Data

APPROVED

الإسم Name	
رقم سجل الميلاد Birth Reg No.	HC NUMBER : IIC04926272 NAME : Baby of SADIA MUDASSAR MUIHA NATIONALITY : Pakistani
الرقم الصحي HC No.	DOB : 31/08/2017 GENDER : Female BLOOD GROUP : ADMIT DATE : 31/08/2017 04:27
تاريخ الميلاد Date of Birth	31/08/17
الجنس Gender	Pakistani Nationality 9121
إسم الأم Mother's Name	العمر Age
إسم الأب Father's Name	العمر Age
العنوان Address	
رقم الهاتف Telephone No.	
معلومات أخرى Other Info.	





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 وكلما زادت فرص استعادة البصر. فإذا كانت لديك أية مخاوف بشأن إصرار 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 1) Normal Birth - Red Reflex - Congenital malformation 2) Premature and Others - Retinal Exam	Pres <input checked="" type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input checked="" type="checkbox"/>	Pres <input checked="" type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input checked="" type="checkbox"/>	01/09/17	Dr. Shaadia Bizreh Consultant, Gen. Pediatrics - HMC 026723
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	\overline{sc} <input type="checkbox"/> \overline{cc} <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>	\overline{sc} <input type="checkbox"/> \overline{cc} <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>		
D) 3 Years - Vision - Red Reflex - Squint	\overline{sc} <input type="checkbox"/> \overline{cc} <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>	\overline{sc} <input type="checkbox"/> \overline{cc} <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/> Pres <input type="checkbox"/> Abse <input type="checkbox"/>		
E) Pre-School - Vision - Color Vision - Red Reflex - Squint	\overline{sc} <input type="checkbox"/> \overline{cc} <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"/>	\overline{sc} <input type="checkbox"/> \overline{cc} <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"/>		

ملاحظات Remarks	درجة الحرارة Temperature	محيط الرأس H.C.	الطول Hgt.	الوزن Wt.	العمر Age	التاريخ Date
BMI- 17.46	36.8 °C (A)	46.5 cm	88.9 cm	13.8 kg	2 yrs 1/12	24-10-19
17.7	36.4	49	92	15	2 yrs	26/12/19



جدول التحصينات

Immunization Schedule

التوقيع والملاحظات Signature and Remarks	التاريخ Date		الحصين ضد Imm. Against
	الثانية 2nd	الجرعة الاولى 1st	
		26/12/19 R021964	الكبد الوبائي (أ) Hep A
	26/12/19 R035117	2032970 24-10-19	MMR
		26/12/19 A700D 253A	الجدري المائي Varicella
			الرباعي - Tetra
			المكورات الرئوية المنشطة - PCV B
			شلل الأطفال الفموي - OPV B
			الثلاثي المنشطة - DTaP B
			الثنائي - Td
			تيتانوس - Tetanus
			Others

Allerg
حساسية

الخط الساخن - Hotlines

66740951 - 66740950 (عربي)



جدول التحصينات
Immunization Schedule

التوقيع والملاحظات Signature and Remarks	التاريخ Date			الحصين ضد Imm. Against
	الثالثة 3rd	الثانية 2nd	الجرعة الاولى 1st	
			1/9/2017 SK Luom RN	الدرن BCG
			S Jumper 31/08/17	الكبدى الفيروسي (ب) Hep B
			26/12/19	الخماسي PENTA
	R3D47 26/12/19	2041316 / oral 5/02/18 @ AKCMC by Eliz		شلل الأطفال القموي OPV
		W91452 24-10-19	R87992 / Rt-thigh IM 5/2/18 @ AKCMC by Eliz	المكورات الرئوية PCV
	—	—	—	الفيروسات العجلية ROTA virus
	P3F99 24-10-19	M7403 / Lt. Thigh IM 5/02/18 @ AKCMC by Eliz		السداسي HEXA

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



عدد: (Specify)

Newborn Screening

- Normal Abnormal
- Metabolic disorder
- Endocrine disorder
- Hematological disorder (G6PD)
- Others

الفحص المبكر لحديثي الولادة

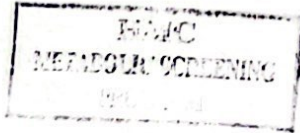
- طبيعي غير طبيعي
- أمراض استقلابية
- أمراض الغدد الصماء
- أمراض الدم (نقص الخميرة)
- أمراض أخرى

BO

0 Positive
5/18

فصيلة الدم

Newborn Screening Stamp / ختم فحص حديثي الولادة



Newborn Screening Sticker / لاصقة فحص حديثي الولادة

05725 140747 0
Screeningzentrum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 150
69120 Heidelberg
06221/56-8278

QDOHANH

مستقبل 13304
01/09/2017
By ...



البيانات الأولية : (عند الولادة At Birth)

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: 31/08/12 تاريخ الولادة:
Place of Birth: Al Laha مكان الولادة:

Supervision: (Doctor - Midwife - None)

إشراف: (طبيب - قابلة - بدون)

Apgar Score 1st Min: 9 الدقيقه الاولى:
5th Min: 9 الخامسة:
10th Min: العاشرة:

NICU Admission

Reason:

السبب:

Yes No

Duration: day/s

دخول العناية المركزة

نعم لا

المدة: يوم

Growth Measurement

قياسات النمو عند الولادة:

Weight 2650 kg * Height 47 cm * * سم * الوزن: حجم * الطول * سم *
Head Circumference 33 cm * محيط الرأس * سم *

Delivery

الولادة:

Normal Ventous
 Caesarian Forceps

طبيعية شفط
 قيصرية جفت

Pregnancy Info:

معلومات الحمل:

Gestational Age 37.5 (Wks)

اسبوع الحمل: (اسبوع)

Single Triple
 Twin Other

توأم ثلاثي مفرد
 توأم ثنائي أخرى

*Centile