



# الجواز الصحي للطفل Child Health Passport



PHC/Hospital : .....: اسم المستشفى/المركز الصحي:

Region : .....: المنطقة:

Health Passport Recieve Date : ..... / ..... / .....: تاريخ استلام الجواز:

### **البيانات الأساسية للطفل :**

Child's Name: .....: الإسم الرباعي:

Nationality : .....: الجنسية:

Place of Birth : .....: مكان الولادة:

Date of Birth : .....: تاريخ الولادة:

File No. : .....: رقم الملف الصحي:

Unique File No. : .....: رقم الملف الفردي:

HESN Registration No. : .....: رقم التسجيل في حصن:

Mother's Name : .....: اسم الأم:

Mobile No. : .....: رقم الجوال:

Address : .....: العنوان:

Other Data : .....: بيانات أخرى:

## الفهرس

- 5 ..... الجواز الصحى للطفل
- 7 ..... مراحل زيارات متابعة الطفل الرئيسية
- 8 ..... **المرحلة الأولى:** التسجيل وأخذ التاريخ الطبي والعائلى وتاريخ الحمل والولادة وعمل الفحص السريرى عند الولادة
- 8 ..... التاريخ العائلى والولادة
- 9 ..... تاريخ الولادة والفحص السريرى بعد الولادة
- 11 ..... التاريخ الطبي للطفل
- 12 ..... **المرحلة الثانية:** من (1-4) أسابيع بعد الولادة
- 12 ..... الزيارة الأولى بعد الولادة فى الأسبوع الأول
- 13 ..... الزيارة الثانية: بعد الولادة فى الأسبوع الرابع
- 14 ..... **المرحلة الثالثة:** من سن الشهرين- (٥) سنوات
- 14 ..... الزيارة الأولى عند سن الشهرين
- 18 ..... الزيارة الثانية عند سن (4) أشهر
- 21 ..... الزيارة الثالثة عند سن (6) أشهر
- 25 ..... العناية بصحة فم وأسنان الرضيع
- 26 ..... الزيارة الرابعة عند سن (9) أشهر
- 30 ..... الزيارة الخامسة عند سن (12) شهر
- 33 ..... الزيارة السادسة عند سن (18) شهر
- 36 ..... الزيارة السابعة عند سن السنتين

- الزيارة الثامنة عند سن ثلاث سنوات ..... 39
- الزيارة التاسعة عند سن أربع سنوات ..... 42
- الزيارة العاشرة عند سن خمس سنوات ..... 45
- منحنيات النمو للطفل ومنحنيات ضغط الدم ..... 49
- بعض الملامح الأولى لنمو وتطور الطفل ..... 63
- إختبار دنفر المختصر المعدل ..... 68
- عوامل الخطورة للأطفال المعرضين للخطر (المجموعة أ) ..... 69
- عوامل الخطورة للأطفال المعرضين للخطر (المجموعة ب) ..... 70
- عوامل الخطورة للأطفال المعرضين للخطر (المجموعة ج) ..... 71
- تدبير حالات المعرضين للخطر من الأطفال أقل من خمس سنوات ..... 72
- نماذج الإحالة والتغذية الراجعة ..... 75
- جدول ملخص الإحالات والتغذية الراجعة ..... 85
- وصايا قيمة لكل أم ..... 87



## الجواز الصحي للطفل :

هو وثيقة تخص كل طفل منذ ولادته وحتى بلوغه سن خمس سنوات.

## استخدامات الجواز

وسيلة  
تثقيف  
صحي

أداة لنظام  
الإحالة بين  
مستويات  
الخدمة  
الصحية

سجل  
متنقل بين  
المستفيد  
ومقدم الخدمة  
الصحية

# الجواز الصحي للطفل

## Child's Health Passport



# نحو صحة أفضل للأطفال





## مراحل زيارات متابعة الطفل الرئيسية

عند الولادة ويتم فيها الفحص السريري والإجراءات الأساسية مثل الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية وأمراض القلب الخلقية بالإضافة للفحوصات المخبرية لبعض الأمراض الاستقلابية.

المرحلة  
الأولى

هي التي تتم فيها متابعة المولود وتكون أثناء فترة النفاس حيث تحضر الأم مولودها معها للمتابعة. وتتضمن زيارتين أساسيتين، الأولى عند الأسبوع الأول من الولادة وتتم في عيادة الأمومة والزيارة الثانية في نهاية الأسبوع الرابع من الولادة وتكون في عيادة الطفل السليم.

المرحلة  
الثانية

هي التي تتم فيها متابعة الطفل منذ سن الشهرين وحتى بلوغه سن خمس سنوات وذلك بعيادة الطفل السليم، وتحتوي هذه المرحلة على عشر زيارات محددة التوقيت، يتم فيها قياس مؤشرات نمو الطفل وتطوره وفحصه إكلينيكيًا، بالإضافة لإعطائه التطعيمات الأساسية.

المرحلة  
الثالثة

# الإجراءات الأساسية لمتابعة الطفل

(أ) المرحلة الأولى: التسجيل وأخذ التاريخ الطبي والعائلي  
وتاريخ الحمل والولادة وعمل الفحص السريري عند الولادة  
(يتم تعبئة البيانات من الجواز الصحي للأم)

<b>Family and Obstetric History</b>		
<b>Obstetric History</b>	<b>No</b>	<b>Yes</b>
Drugs <span style="float: right;">If yes specify.....</span>		
Rays		
Birth weight of last baby < 2500 g		
Birth weight of last baby > 4500 g		
Last pregnancy hospital admission for hypertension or preeclampsia / eclampsia		
<b>General Medical History</b>	<b>NO</b>	<b>Yes</b>
Diabetes mellitus		
Hypertension		
Cardiac disease		
T.B.		
Renal disease		
Congenital abnormalities		
Genetic Disorders		
Metabolic Diseases		
other diseases		
<b>Psychological History</b>	<b>No</b>	<b>Yes</b>
Depression		
Anxiety		
Other		
<b>Social History</b>		
Mother's age:		
Education level:		
Occupation:		
Child Birth Order: 1st ----- 2nd ----- 3rd ----- 4th ----- 5th ----- Other-----		
Number of family members in household:		
Consanguinity:      No (    ) Yes (    )		
Smoking:              No (    ) Yes (    )      cigarate/day .....		
Substance abuse      No (    ) Yes (    )		

## Child Birth's History

Date of Birth:					
Place of Birth					
Supervision	Doctor ( ) midwife ( ) Non ( )				
Admission on to NICU	Yes( ) NO ( ) If yes what is the reason?				
Newborn Growth	Term ( ) Preterm ( ) post- dated ( ) others ( )				
Measurements at Birth	Weight ( ) kg Length ( ) cm Head circumference ( ) cm				
Pregnancy History	Single( ) Twin( ) Triple( ) other( )				
Delivery History	Normal delivery ( ) Cesarean( ) Other ( )				
Vaccination history	Name of Vaccine				
	Date of Vaccine				
	Reason for Vaccine				
Blood Group & Rhesus factor(RH)					
<b>Screening Tests</b>	<b>Test done</b>		<b>Test result</b>		<b>Comment</b>
Newborn screening for Metabolic disorders and Hereditary diseases	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>	
Newborn Hearing Screening test					
Newborn Congenital Heart diseases Screening test					

## Birth's Clinical Examination

Clinical Examination	Normal	Abnormal	Comments
Cyanosis			
Dyspnea			
Jaundice			
Skin			
Reflexes			
Red Reflex			
Cataracts			
Dimorphism			
Cleft palate/lip			
Muscle tone			
Murmur			
Hepatomegaly			
Splenomegaly			
Abdominal masses			
Umbilicus			
External genital organs			
Anal orifice			
Back			
Limbs			
Developmental hip Dysplasia			
Physician's name ..... Signature ..... Date .....			

## Child Medical History

Disease	Yes	No	Date diagnosed & Rx
Diabetes Mellitus (DM)			
Bronchial Asthma			
Allergy (specify)			
Trauma(specify)			
<b>Health's Problems/ Injuries</b>			
Disease	Yes	No	Date diagnosed & Rx
Cardiovascular System			
Respiratory System			
Nervous System			
Musculoskeletal System			
Eyes			
Ears			
Chronic Diseases			
Metabolic Diseases			
Genetic Disorders			
Congenital Anomalies			
Other Diseases			
Physician's name ..... Signature ..... Date .....			



الرضاعة الطبيعية أفضل غذاء  
متكامل للمولود خلال الستة أشهر  
الأولى من عمره فاحرصي عليها

## (ب) المرحلة الثانية من (1-4) أسابيع بعد الولادة:

### First Postnatal Visit at 1<sup>st</sup> Week

(الزيارة تتم في عيادة الأمومة وتعبئة البيانات تتم في عيادة الطفل السليم)

Date of visit:	Newborn age ( ) days	
Cause of visit	Routine ( ) Complaint ( ) What is the complaint?	
Type of feeding	Exclusive breast feeding ( ) Only Milk formula ( ) Mixed feeding ( )	
Any significant History		
Vaccination at birth	Hep B ( )	
Temperature		
Weight ( ) kg	Length ( ) cm	Head circumference ( ) cm
<b>Clinical Examination</b>		
Fontanels .....		
Jaundice		
Peripheral or central cyanosis		
Dyspnea		
Cataracts		
Dimorphism		
Cleft/Lip palate		
Muscle tone		
Neonatal reflexes / Red reflex		
Murmur		
Hepatomegaly		
Splenomegaly		
Abdominal masses		
Umbilicus		
External genital organs		
Limbs		
Hips		
Anal Orifice		
Special investigations If needed & Results		
Results of National Program of Newborn Screening		
Treatment if needed		
<b>Physician's name:</b> ..... <b>signature:</b> ..... <b>Date:</b> .....		

## Second Postnatal Visit at 4<sup>th</sup> Week

(الزيارة وتعبئة البيانات تتم في عيادة الطفل السليم)

Date of visit:	Newborn age (      ) days
Cause of visit	Routine (      ) Complaint (      ) What is the complaint?
Type of feeding	Exclusive breast feeding (      ) Only Milk formula (      ) Mixed feeding (      )
Past History .....	
.....	
.....	
Vaccination at birth	Hep B (      )
Temperature	
Weight	(      ) kg
Length	(      ) cm
Head circumference	(      ) cm
<b>Clinical Examination</b>	
Fontanels .....	
Red Reflex .....	
Cardiovascular system	
Respiratory system	
Abdomen	
Local examination of umbilical cord stump	
Developmental hip Dysplasia	
Special investigations If needed & Results	
Treatment if needed	
<b>Physician's name:</b> ..... <b>signature:</b> ..... <b>Date:</b> .....	

**المرحلة الثالثة من سن شهرين - (5) سنوات: إجراءات  
الزيارات الأساسية لمتابعة الطفل بعيادة الطفل السليم  
بمراكز الرعاية الصحية الأولية**

<b>First visit at age 2 months</b>	
Actual child age:	Visit's date:
Feeding History	Exclusive breast feeding ( ) Mixed feeding ( ) Only milk formula ( )
Vaccination Update	Yes ( ) No ( ), Why: ..... Reference number of HESN: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Length	( ) cm
Head Circumference	( ) cm
Temp	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... (Data Should be registered in the Denver Form page 68) If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS AT 2 MONTHS OF AGE:</b> <input type="checkbox"/> Does not respond to loud sounds <input type="checkbox"/> Does not watch things as they move <input type="checkbox"/> Does not smile at people <input type="checkbox"/> Does not bring hands to mouth <input type="checkbox"/> Cannot hold head up when pushing up when on tummy
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b style="color: red;">RED FLAGS BIRTH ONWARDS:</b> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma (at any age) <input type="checkbox"/> Parental concern regarding white pupil



Hearing	Normal ( )      Abnormal ( ) If Abnormal, What is the action taken:      Referral ( )      Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Parental concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> History suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia
---------	---

<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal      ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanel:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal      ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....      ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....      ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal      ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO      ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal      ( ) Abnormal: .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES___ Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....
MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation      BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (●Spina bifida      ●Scoliosis)

NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : <input type="checkbox"/> Present:( <input type="checkbox"/> Symmetrical <input type="checkbox"/> Asymmetrical) <input type="checkbox"/> Absent II. The Palmar Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent III. The Rooting Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent IV. Spinal Galant : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent
Results of Physical Assessment Normal ( ) Abnormal ( ), Mention: ..... ..... .....	
If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESSMENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B:..... <input type="checkbox"/> C:..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education: ..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	

تطعيم الطفل بلقاحات التطعيم الأساسية  
حسب جدول التطعيم من عمر يوم وحتى (٢٤)  
شهر، تحميه من الإصابة بأمراض الطفولة المعدية  
وتقوي مناعته،

يتم إعطاء لقاحات التطعيم عن طريق:

**الحقن**



**الفم**



## Second visit at age 4 months

Actual child age: _____ Visit's date: _____	
Feeding History	Exclusive breast feeding ( ) Mixed feeding ( ) Only milk formula ( )
Vaccination Update	Yes ( ) No ( ), Why: ..... Reference number of HESN: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Length	( ) cm
Head Circumference	( ) cm
Temp	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <span style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</span> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Does not watch things as they move <input type="checkbox"/> Cannot hold head steady <input type="checkbox"/> Does not smile at people <input type="checkbox"/> Does not coo or make sounds <input type="checkbox"/> Does not bring hands to mouth <input type="checkbox"/> Does not push down with legs when feet are placed on a hard surface
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma (at any age) <input type="checkbox"/> Parental concern regarding white pupil

Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Parental concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> History suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanels:	( ) Normal ( ) Not: .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES___ Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....
MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (●Spina bifida ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : <input type="checkbox"/> Present:( <input type="checkbox"/> Symmetrical <input type="checkbox"/> Asymmetrical) <input type="checkbox"/> Absent II. The Palmar Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent III. The Rooting Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent IV. Spinal Galant : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent

Results of Physical Assessment	Normal ( )	Abnormal ( ), Mention: .....
.....		
.....		
If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( )		
<b>Exposure to Risk Factors</b>		
RISK ASSESSMENT:	( ) No risk .....	
	( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B: ..... <input type="checkbox"/> C: .....	
	Assessment of the risk detected: .....	
	(For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)	
Laboratory Investigations (If found)		
Treatment (If found)		
Overall Findings/ Plan	( ) Normal	
	( ) Abnormal findings: .....	
	.....	
	.....	
	PLAN:	
	<input type="checkbox"/> Follow-up	
	<input type="checkbox"/> Medication .....	
	<input type="checkbox"/> Health Education: .....	
	<input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Next visit's date:		
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....		



لنمو عظام طفلك بشكل طبيعي وحمايته من الإصابة بمرض الكساح، يجب تعريضه لأشعة الشمس خلال الفترة الصباحية دون عازل لمدة (١٠ - ١٥) دقيقة من (٣ - ٤) مرات اسبوعياً، أو إعطائه الجرعة الوقائية لفيتامين (د) المصادر الأساسية لفيتامين (د) للمولود: أشعة الشمس - المكملات الغذائية



## Third visit at age 6 months

Actual child age:	Visit's date:
Feeding History	Exclusive breast feeding ( ) Mixed feeding ( ) Only milk formula ( )
Vaccination Update	Yes ( ) No ( ), Why: ..... Reference number of HESN: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Length	( ) cm
Head Circumference	( ) cm
Temp	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <span style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</span> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Does not try to get things that are in reach <input type="checkbox"/> Shows no affection for caregivers <input type="checkbox"/> Does not respond to sounds around him/her <input type="checkbox"/> Has difficulty getting things to mouth <input type="checkbox"/> Does not make vowel sounds ("ah", "ell", Oh) <input type="checkbox"/> Does not roll over in either direction <input type="checkbox"/> Does not laugh or make squealing sounds <input type="checkbox"/> Seems very stiff, with tight muscles <input type="checkbox"/> Does not bear weight on legs with support <input type="checkbox"/> Seems very floppy, like a rag do
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma (at any age) <input type="checkbox"/> Parental concern regarding white pupil

Hearing	Normal ( )      Abnormal ( ) If Abnormal, What is the action taken:      Referral ( )      Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Parental concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> History suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia
Oral/Dental health screening	Eruption of primary teeth started ( ) No primary teeth erupted ( ) Tongue tie / Ankyloglossia ( ) Any unusual / pathological changes in oral tissues ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanel:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES___ Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....
MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (●Spina bifida      ●Scoliosis)



NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : <input type="checkbox"/> Present:( <input type="checkbox"/> Symmetrical <input type="checkbox"/> Asymmetrical) <input type="checkbox"/> Absent II. The Palmar Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent III. The Rooting Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent IV. Spinal Galant : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent
Results of Physical Assessment    Normal (    )            Abnormal (    ), Mention: ..... ..... .....	
If Abnormal, What is the action taken:    Referral (    )            Follow Up (    )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESSMENT:	(    ) No risk ..... (    ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B: ..... <input type="checkbox"/> C: ..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	(    ) Normal (    ) Abnormal findings: ..... ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education: ..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	

- عند نهاية الشهر السادس من عمر المولود يجب البدء في إعطائه الأغذية التكميلية بحيث تكون سهلة الهضم مع الاستمرار والحرص على الرضاعة الطبيعية حتى بلوغه عامين.
- الوجبات الغذائية التكميلية يجب أن تكون متنوعة ومتوازنة، بحيث تكون (٣ - ٥) وجبات مهروسة أو نصف صلبة تزداد تدريجياً في الكمية والقوام بزيادة العمر.

من أنواع الأغذية التكميلية للمولود في هذا العمر:

أرز مسلوق



خضار مسلوق



بسكويت غير محلى



## العناية بصحة فم وأسنان الرضيع

يجب على الأم المحافظة على صحة فم وأسنان مولودها حيث يبدأ بزوغ الأسنان بعد عمر الستة أشهر مما تحتاج لعناية خاصة بكيفية تنظيفها لتجنب تسوسها. فيما يلي بعض الإرشادات التي تخص الأسنان:-

### التسنين (بزوغ الأسنان):

في بعض الأحيان يترافق بزوغ الأسنان لدى الرضيع مع بعض الآلام والانزعاج مع زيادة إفراز اللعاب وخروجه من الفم، ولتخفيف تلك الأعراض ينصح باستخدام حلقات التسنين البلاستيكية الباردة (المملوءة بالماء أو الجل) التي يمكن وضعها بالثلاجة، ولا ينصح باستخدام جل التسنين الذي يوضع مباشرة على اللثة.

### تنظيف أسنان الرضيع:

- مع بزوغ الأسنان اللبنية في عمر الستة أشهر تقريباً يتم البدء بتنظيف تنظيف الأسنان بقطعة شاش أو قطن مبللة بالماء فقط بعد كل وجبة.
- عند إكمال الطفل عامه الأول يمكن للأم استخدام فرشاة أسنان صغيرة مع كمية قليلة جداً من معجون الأسنان المحتوي على الفلورايد مع الحرص على مسح الأسنان بعد ذلك بالماء لإزالة المعجون وذلك لعدم قدرة الطفل على المضغ.

### تسوس أسنان الرضيع:

- نجد ان أسنان الرضيع أكثر عرضة للإصابة بالتسوس وذلك بسبب عدم اكتمال تكوّن السن، لذا يجب على الأم الاهتمام بنظافة أسنان الرضيع يومياً من عمر ستة أشهر.
- من العلامات الأولية للتسوس ظهور بقع أو خطوط بيضاء اللون على سطح السن والتي سرعان ما تؤدي إلي تكسر السن وظهور التسوس بلونه البني أو الأسود. لذا يجب متابعة الطفل لدى طبيب الأسنان مع الحرص على اتباع الطرق الوقائية وتجنب أكل الأغذية السكرية.

## Fourth visit at age 9 months

Actual child age:	Visit's date:
Feeding History	Exclusive breast feeding ( ) Only milk formula ( ) Mixed feeding ( ) Complementary Feeding ( )
Vaccination Update	Yes ( ) No ( ), Why: ..... Reference number of HESN: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Length	( ) cm
Head Circumference	( ) cm
Temp	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <span style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</span> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Does not sit with help <input type="checkbox"/> Does not look where you point <input type="checkbox"/> Does not respond to own name <input type="checkbox"/> Does not play any games involving back and forth play <input type="checkbox"/> Does not say single words like “ma-ma” or “da-da” <input type="checkbox"/> Does not seem to recognize familiar people <input type="checkbox"/> Does not transfer toys from his/her hand to others
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma (at any age) <input type="checkbox"/> Parental concern regarding white pupil

Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Parental concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> History suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia
Oral/Dental health screening	Eruption of primary teeth started ( ) No primary teeth erupted ( ) Tongue tie / Ankyloglossia ( ) Any unusual / pathological changes in oral tissues ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanel:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES,..... Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....
MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)

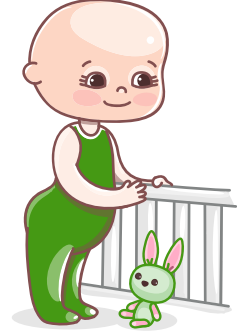
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : <input type="checkbox"/> Present:( <input type="checkbox"/> Symmetrical <input type="checkbox"/> Asymmetrical) <input type="checkbox"/> Absent II. The Palmar Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent III. The Rooting Reflex : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent IV. Spinal Galant : <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent
Results of Physical Assessment    Normal (    )            Abnormal (    ), Mention: ..... ..... .....	
If Abnormal, What is the action taken:    Referral (    )            Follow Up (    )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESSMENT:	(    ) No risk ..... (    ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B:..... <input type="checkbox"/> C:..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	(    ) Normal (    ) Abnormal findings: ..... ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education: ..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	



يحرك الأشياء  
الصغيرة بين يديه  
بانسيابية



الجلوس دون  
مساعدة أحد



اتخاذ وضعية  
الوقوف بالإستناد  
بالأشياء



تقليد الأصوات  
والإيماءات للآخرين

9  
أشهر



يضع الأشياء في  
فمه

## Fifth visit at age 12 months

Actual child age:	Visit's date:
Feeding History	Exclusive breast feeding ( )    Only milk formula ( ) Mixed feeding ( )    Complementary Feeding ( )
Vaccination Update	Yes ( )    No ( ), Why: ..... Reference number of HESN: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Length	( ) cm
Head Circumference	( ) cm
Temp	
<b>(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)</b>	
Growth Follow up	Normal ( )    Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( )    Abnormal ( ), Mention..... <b>(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</b> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Does not crawl <input type="checkbox"/> Does not stand when supported <input type="checkbox"/> Does not search for things that he/she see you hide <input type="checkbox"/> Does not point to things <input type="checkbox"/> Does not say single words like “ma-ma” or “da-da”
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint :    Present ( )    Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( )    Abnormal ( ) Eye Reflex (Red):    Normal ( )    Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken:    Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma (at any age) <input type="checkbox"/> Parental concern regarding white pupil
Hearing	Normal ( )    Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken:    Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Parental concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> History suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia

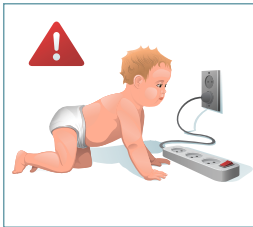


Oral/Dental health screening	Normal/healthy ( ) Carious / decayed teeth ( ) Other condition ( ), Mention ..... Parents/ caregivers clean the child's teeth Yes ( ) No ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
------------------------------	--

**Physical Assessment**

General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanels:	( ) Normal ( ) Not: .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ..... Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....
MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Results of Physical Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention: ..... ..... .....
If Abnormal, What is the action taken:	Referral ( ) Follow Up ( )

Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESSMENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B: ..... <input type="checkbox"/> C: ..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Hemoglobin Test (screening for iron deficiency anemia)	Hb (    )                      Normal (    )                      Abnormal (    ) If Abnormal, What is the action taken: Referral (    ) Follow Up (    ) Recommendation: .....
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication..... <input type="checkbox"/> Health Education:..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	



توفير بيئة محيطة آمنة للطفل في هذا العمر لأنه يميل لاستكشاف ما حوله مع إبعاد الأدوات الخطرة عن متناوله وتفتية مقابس الكهرباء لتجنب الإصابات والحوادث المنزلية

## Sixth visit at age 18 months

Actual child age: _____ Visit's date: _____	
Feeding History	Exclusive breast feeding ( ) Only milk formula ( ) Mixed feeding ( ) Complementary Feeding ( )
Vaccination Update	Yes ( ) No ( ), Why: ..... Reference number of HESN: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Height	( ) cm
Head Circumference	( ) cm
Temp	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <b style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</b> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <b style="color: red;">RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Does not point to show things to others <input type="checkbox"/> Does not gain new words <input type="checkbox"/> Cannot walk <input type="checkbox"/> Does not have at least six words <input type="checkbox"/> Does not know what familiar things are for <input type="checkbox"/> Loses skills they once had <input type="checkbox"/> Does not copy others <input type="checkbox"/> Does not notice or mind when a caregiver leaves or returns
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b style="color: red;">RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma <input type="checkbox"/> Neurodevelopment delay <input type="checkbox"/> Poor tracking <input type="checkbox"/> Parental concern raised regarding white pupil <input type="checkbox"/> Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time

Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Neonatal CMV Infection <input type="checkbox"/> Parenteral concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> Head trauma <input type="checkbox"/> History of suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of bacterial meningitis <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia <input type="checkbox"/> Exposure to ototoxic medication <input type="checkbox"/> Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. <input type="checkbox"/> Syndrome associated with hearing loss, e.g., Alport Syndrome
Oral/Dental health screening	Normal/healthy ( ) Carious / decayed teeth ( ) Dental abscess ( ) Other condition ( ), Mention ..... Parents/ caregivers clean the child's teeth Yes ( ) No ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanel:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ..... Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....

MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation   BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (•Spina bifida   •Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Results of Physical Assessment   Normal ( )   Abnormal ( ), Mention: ..... ..... ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( )   Follow Up ( )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESSMENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B:..... <input type="checkbox"/> C:..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... ..... ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education: ..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	

## Seventh visit at age 24 months (2 Years)

Actual child age:		Visit's date:	
Feeding History	Exclusive breast feeding ( )	Only milk formula ( )	
	Mixed feeding ( )	Complementary Feeding ( )	
Vaccination Update	Yes ( ) No ( ), Why: .....		
	Reference number of HESN: .....		
<b>Nurse's assessment</b>			
Weight	( ) kg		
Height	( ) cm		
Head Circumference	( ) cm		
Temp			
BMI			
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)			
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention .....		
	If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )		
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention.....		
	(Data Should be registered in the Denver Form page 68)		
	If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( )		
	RED FLAGS:		
	<input type="checkbox"/> Does not use two-word phrases (e.g., "drink milk") <input type="checkbox"/> Does not walk steadily <input type="checkbox"/> Does not know what to do with common things, like <input type="checkbox"/> Loses skills they once had brush, phone, fork, spoon <input type="checkbox"/> Does not follow simple instructions <input type="checkbox"/> Does not copy actions and words		
<b>Doctor's assessment</b>			
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) RED FLAGS: <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma <input type="checkbox"/> Neurodevelopment delay <input type="checkbox"/> Parental concern raised regarding white pupil <input type="checkbox"/> Poor tracking <input type="checkbox"/> Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time		

Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Neonatal CMV Infection <input type="checkbox"/> Parenteral concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> Head trauma <input type="checkbox"/> History of suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of bacterial meningitis <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia <input type="checkbox"/> Exposure to ototoxic medication <input type="checkbox"/> Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. <input type="checkbox"/> Syndrome associated with hearing loss, e.g., Alport Syndrome
Oral/Dental health screening	Normal/healthy ( ) Carious / decayed teeth ( ) Dental abscess ( ) Other condition ( ), Mention ..... Parents/ caregivers clean the child's teeth Yes ( ) No ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanel:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ..... Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....

MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation   BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (●Spina bifida   ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyptoniao <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Results of Physical Assessment   Normal ( )   Abnormal ( ), Mention: .....	
.....	
.....	
If Abnormal, What is the action taken: Referral ( )   Follow Up ( )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESSMENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B: ..... <input type="checkbox"/> C: ..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... ..... ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education: ..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	



## Eighth visit at age 3 Years

Actual child age:	Visit's date:
Feeding History	
Vaccination Update	Complete vaccination according to the national schedule immunization (up to 2 years) Yes ( ) No ( ), Why: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Height	( ) cm
Temp	
BMI	
Blood Pressure (BP)	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <span style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</span> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS AT 24 MONTHS OF AGE:</b> <input type="checkbox"/> Falls down a lot or have trouble with stairs <input type="checkbox"/> Does not speak in sentences <input type="checkbox"/> Drools or have very unclear speech <input type="checkbox"/> Does not make eye contact <input type="checkbox"/> Does not understand simple instructions <input type="checkbox"/> Loses skills they once had <input type="checkbox"/> Does not play, pretend, or make-believe <input type="checkbox"/> Cannot work simple toys (such as peg boards, simple puzzles, turning handle) <input type="checkbox"/> Does not want to play with other children or with toys
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b style="color: red;">RED FLAGS BIRTH ONWARDS:</b> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma <input type="checkbox"/> Neurodevelopment delay <input type="checkbox"/> Parental concern raised regarding white pupil <input type="checkbox"/> Poor tracking <input type="checkbox"/> Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time

Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Parental concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> History suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia
Oral/Dental health screening	Normal/healthy ( ) Carious / decayed teeth ( ) Dental abscess ( ) Mandibular Protrusion ( ) Orthodontic Problems ( ) Mouth breathing ( ) Other condition ( ), Mention ..... Parents/ caregivers clean the child's teeth Yes ( ) No ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanel:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: q NOT q YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES___ Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....

MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation   BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (●Spina bifida   ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Results of Physical Assessment   Normal ( )   Abnormal ( ), Mention: .....	
If Abnormal, What is the action taken: Referral ( )   Follow Up ( )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESS-MENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B:..... <input type="checkbox"/> C:..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investi-gations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education:..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	



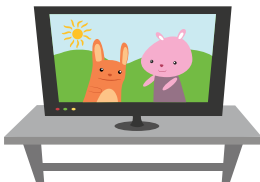
عند ظهور أي أعراض مرضية على الطفل أو إصابة الطفل بالتهابات أو تضخم اللوز والحماية يجب مراجعة الطبيب، مع المحافظة على إعطائه السوائل الكافية.

## Ninth visit at age 4 Years

Actual child age: _____ Visit's date: _____	
Feeding History	
Vaccination Update	Complete vaccination according to the national schedule immunization (up to 2 years) Yes ( ) No ( ), Why: .....
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Height	( ) cm
Temp	
BMI	
Blood Pressure (BP)	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <span style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</span> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS:</span> <input type="checkbox"/> Cannot jump in place <input type="checkbox"/> Does not follow tree-part command <input type="checkbox"/> Has trouble scribbling <input type="checkbox"/> Cannot retell a favorite story <input type="checkbox"/> Resist dressing, sleeping, and using the toilet <input type="checkbox"/> Speaks unclearly <input type="checkbox"/> Does not use "me" and "you" correctly <input type="checkbox"/> Loses skills they once had <input type="checkbox"/> Does not understand "same" and "different" <input type="checkbox"/> Show no interest in interactive games or make believes <input type="checkbox"/> Ignores other children or do not respond to people outside the family
<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <span style="color: red;">RED FLAGS BIRTH ONWARDS:</span> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma <input type="checkbox"/> Neurodevelopment delay <input type="checkbox"/> Parental concern raised regarding white pupil <input type="checkbox"/> Poor tracking <input type="checkbox"/> Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time

Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Neonatal CMV Infection <input type="checkbox"/> Parenteral concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> Head trauma <input type="checkbox"/> History of suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of bacterial meningitis <input type="checkbox"/> Exposure to ototoxic medication <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia <input type="checkbox"/> Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. <input type="checkbox"/> Syndrome associated with hearing loss, e.g., Alport Syndrome
Oral/Dental health screening	Normal/healthy ( ) Carious / decayed teeth ( ) Dental abscess ( ) Mandibular Protrusion ( ) Orthodontic Problems ( ) Mouth breathing ( ) Other condition ( ), Mention ..... Parents/ caregivers clean the child's teeth Yes ( ) No ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanels:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ..... Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....

MUSCULOSKEL-ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation   BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (•Spina bifida   •Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Results of Physical Assessment	Normal ( )   Abnormal ( ), Mention: .....
If Abnormal, What is the action taken:	Referral ( )   Follow Up ( )
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESSMENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B: ..... <input type="checkbox"/> C: ..... Assessment of the risk detected: ..... (For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)
Laboratory Investigations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education:..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	



التقليل من الأوقات المخصصة لمشاهدة التلفاز واللعب بالألعاب الإلكترونية لما لها من تأثير سلبي على صحة الطفل.

## Tenth visit at age 5 Years

Actual child age: _____ Visit's date: _____	
Feeding History	
Vaccination Update	Complete vaccination according to the national schedule immunization (up to 2 years) Yes ( ) No ( ), Why: ..... School entry vaccination taken : Yes ( ), date ..... /..... /..... No ( )
<b>Nurse's assessment</b>	
Weight	( ) kg
Height	( ) cm
Temp	
BMI	
Blood Pressure (BP)	
(Measurements should be plotted on charts in the annexes of the passport)	
Growth Follow up	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention ..... If abnormal, what is the action taken? Referral ( ) Follow up ( )
Child Development Assessment	Normal ( ) Abnormal ( ), Mention..... <b style="color: red;">(Data Should be registered in the Denver Form page 68)</b> If Abnormal, What is the action taken? Referral ( ) Follow Up ( ) <b style="color: red;">RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Does not show a wide range of emotions <input type="checkbox"/> Cannot give first and last name <input type="checkbox"/> Cannot tell what is real and what is make-believe <input type="checkbox"/> Cannot draw pictures <input type="checkbox"/> Does not talk about daily activities and experiences <input type="checkbox"/> Loses skills they once had <input type="checkbox"/> Does not play a variety of games and activities <input type="checkbox"/> Does not use plurals or past tense properly <input type="checkbox"/> Does not respond to people, or responds only superficially <input type="checkbox"/> Cannot brush teeth, wash and dry hands, or get undressed without help <input type="checkbox"/> Shows extreme behavior (unusually fearful, aggressive shy, or sad): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usually withdrawn and not active</li> <li>• Is easily distracted, has trouble focusing on one activity for more than 5 min</li> </ul>

<b>Doctor's assessment</b>	
Vision	Squint : Present ( ) Absent ( ) Eye Reflex (Corneal): Normal ( ) Abnormal ( ) Eye Reflex (Red): Normal ( ) Abnormal ( ) Abnormality detected: ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS BIRTH ONWARDS:</b> <input type="checkbox"/> Family History of retinoblastoma <input type="checkbox"/> Neurodevelopment delay <input type="checkbox"/> Parental concern raised regarding white pupil <input type="checkbox"/> Poor tracking <input type="checkbox"/> Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time
Hearing	Normal ( ) Abnormal ( ), Specify ..... If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( ) <b>RED FLAGS:</b> <input type="checkbox"/> Family history of deafness <input type="checkbox"/> Neonatal CMV Infection <input type="checkbox"/> Parenteral concern regarding ability to respond to sounds <input type="checkbox"/> Head trauma <input type="checkbox"/> History of suggestive of neonatal hypoxemia <input type="checkbox"/> History of bacterial meningitis <input type="checkbox"/> Exposure to ototoxic medication <input type="checkbox"/> History of neonatal hyperbilirubinemia <input type="checkbox"/> Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. <input type="checkbox"/> Syndrome associated with hearing loss, e.g., Alport Syndrome
Oral/Dental health screening	Normal/healthy ( ) Carious / decayed teeth ( ) Dental abscess ( ) Mandibular Protrusion ( ) Orthodontic Problems ( ) Mouth breathing ( ) Other condition ( ), Mention ..... Parents/ caregivers clean the child's teeth Yes ( ) No ( ) Comments: ..... Recommendations: .....
<b>Physical Assessment</b>	
General Appearance:	( ) Normal ( ) Abnormal (specify): .....
Head /Fontanels:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
EYE:	( ) Normal ( ) Abnormal <input type="checkbox"/> Abnormal red reflex <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Persistent strabismus <input type="checkbox"/> Corneal opacities <input type="checkbox"/> Cataracts <input type="checkbox"/> tearing or discharge
EARS:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Abnormal ABR
NOSE:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
MOUTH/THROAT:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify ..... ( ) Others .....
NECK:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....

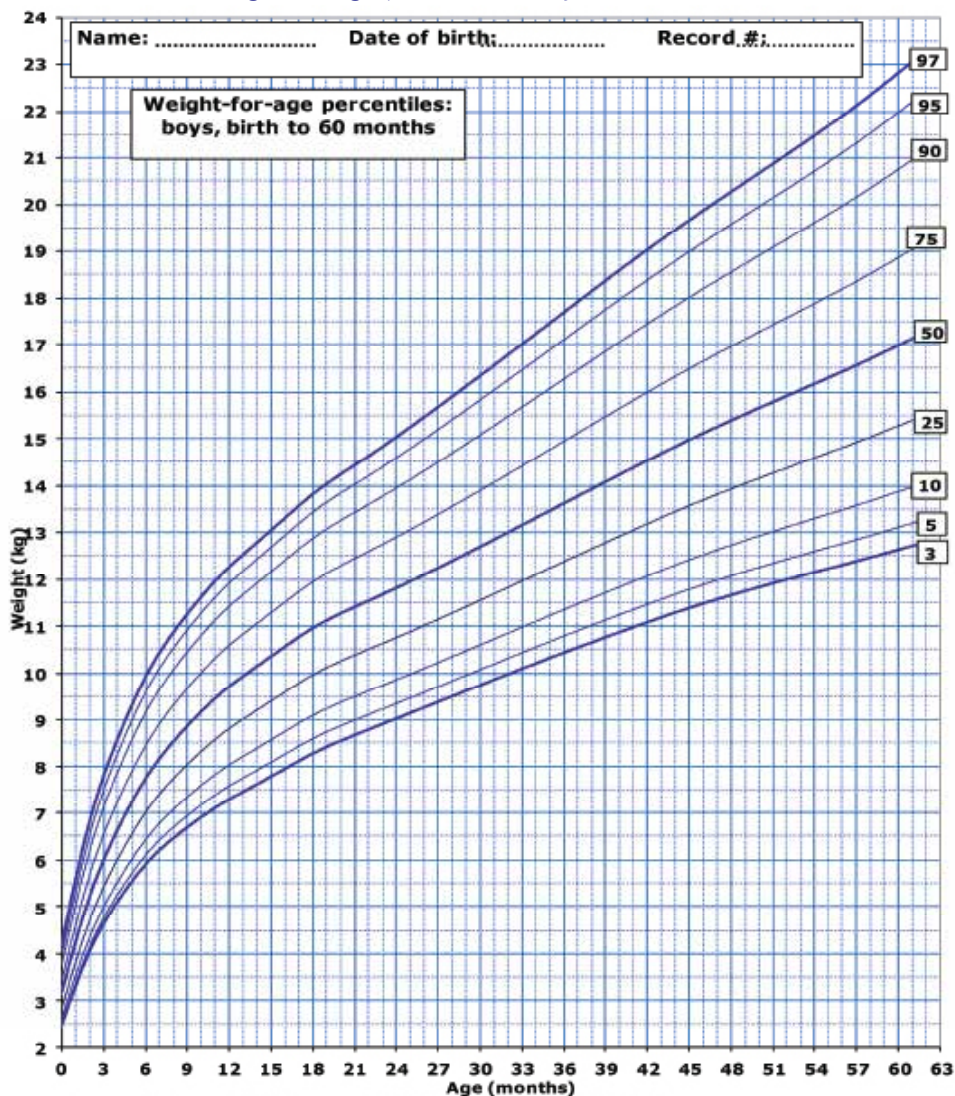


BREAST:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
ABDOMEN:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
C.V.S: Sounds:	S1..... S2..... added sounds: <input type="checkbox"/> NOT <input type="checkbox"/> YES,.....
RESP. SYSTEM	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
HERNIA:	( ) NO ( ) YES
GENITALIA:	( ) Normal ( ) Abnormal, Specify .....
SKIN:	Colour: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Pigmentation: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES___ Rash: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES .....
MUSCULOSKEL- ETAL:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... Hip: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dislocation BACK: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (●Spina bifida ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonia <input type="checkbox"/> Hypertonia 2. Power: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Specify ..... 3. Reflex: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hyporeflexia <input type="checkbox"/> Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Results of Physical Assessment Normal ( ) Abnormal ( ), Mention: .....	
.....	
.....	
If Abnormal, What is the action taken: Referral ( ) Follow Up ( )	
<b>Exposure to Risk Factors</b>	
RISK ASSESS- MENT:	( ) No risk ..... ( ) with risk <input type="checkbox"/> A: ..... <input type="checkbox"/> B:..... <input type="checkbox"/> C:..... Assessment of the risk detected: ..... <b>(For the Categories of the Children Exposed to risk please refer to pages 69-74)</b>
Laboratory Investi- gations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	( ) Normal ( ) Abnormal findings: ..... ..... PLAN: <input type="checkbox"/> Follow-up <input type="checkbox"/> Medication ..... <input type="checkbox"/> Health Education:..... <input type="checkbox"/> Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Next visit's date:	
Physician's name: ..... signature: ..... Date: .....	

طفلك مسئوليتك فاحرصي  
على الاهتمام والعناية به



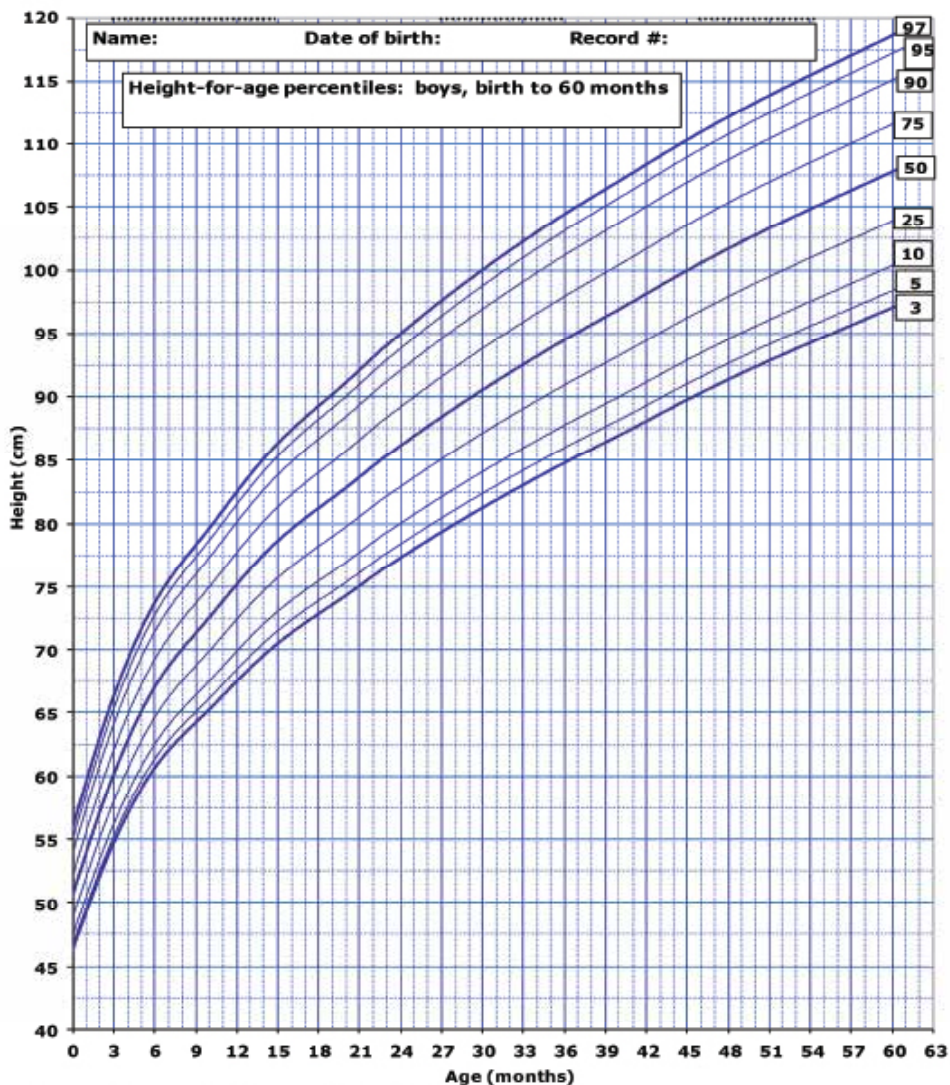
## Weight-for-age percentiles: boys, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar.

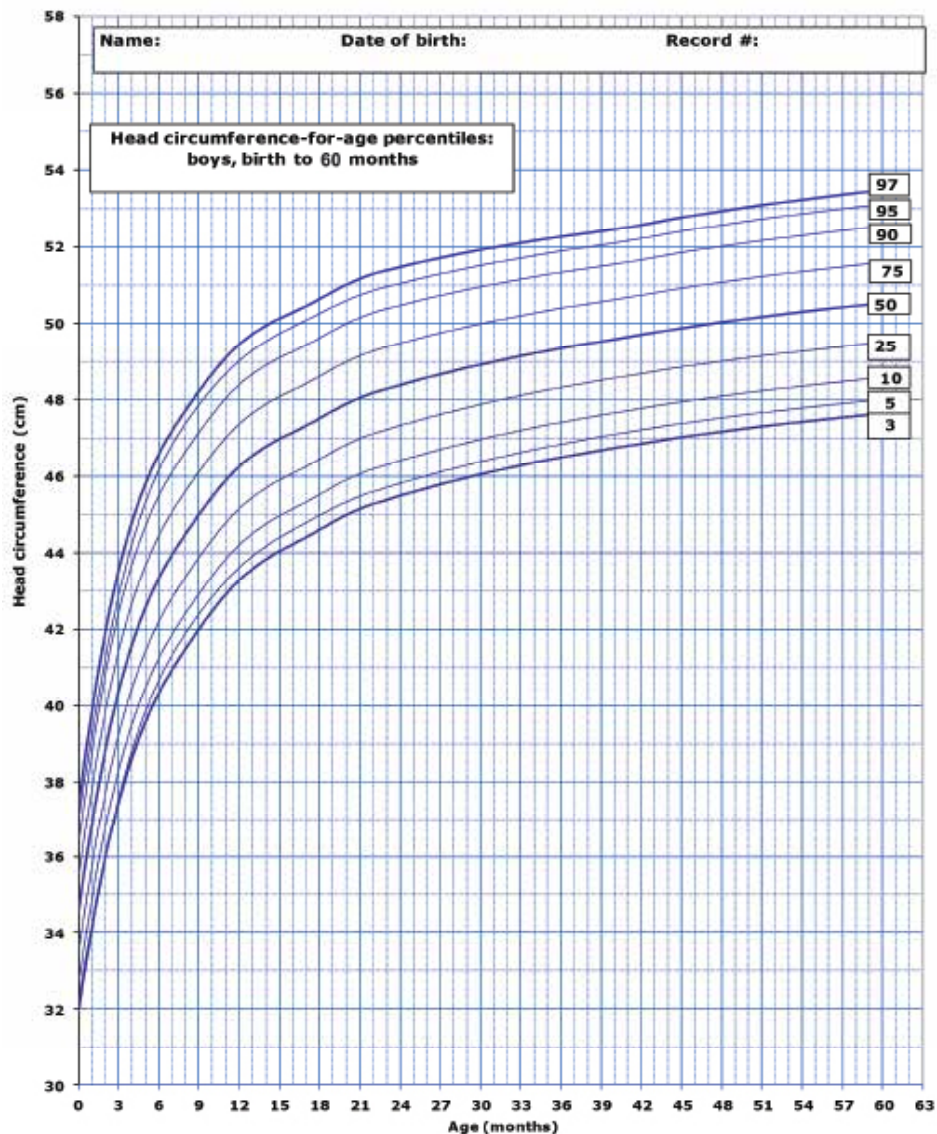
## Height-for-age percentiles: boys, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Th Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). I Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA.  
**NB:** The age is based on Gregorian calendar.



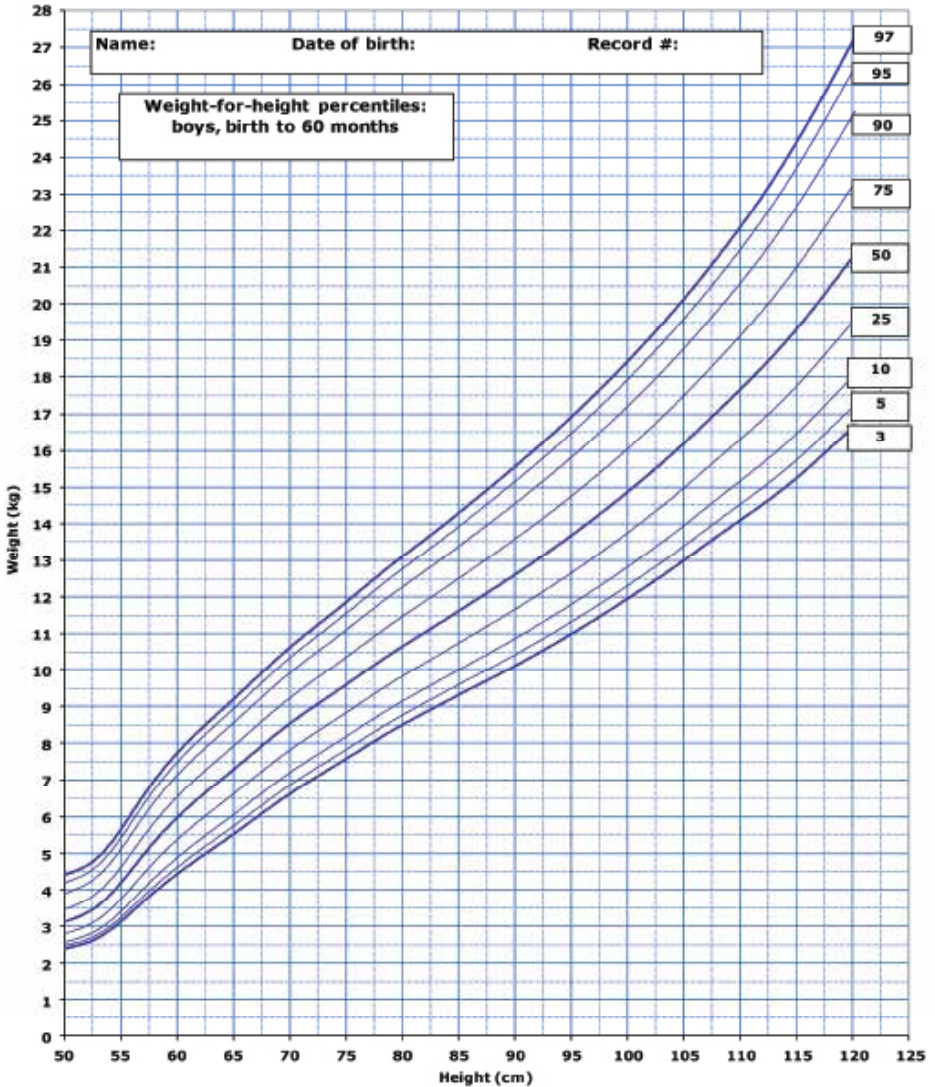
## Head circumference-for-age percentiles: boys, birth to 60 months



Source: Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Sailoum, Abdullah S. Al Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science Technology 2009, Riyadh, KSA.

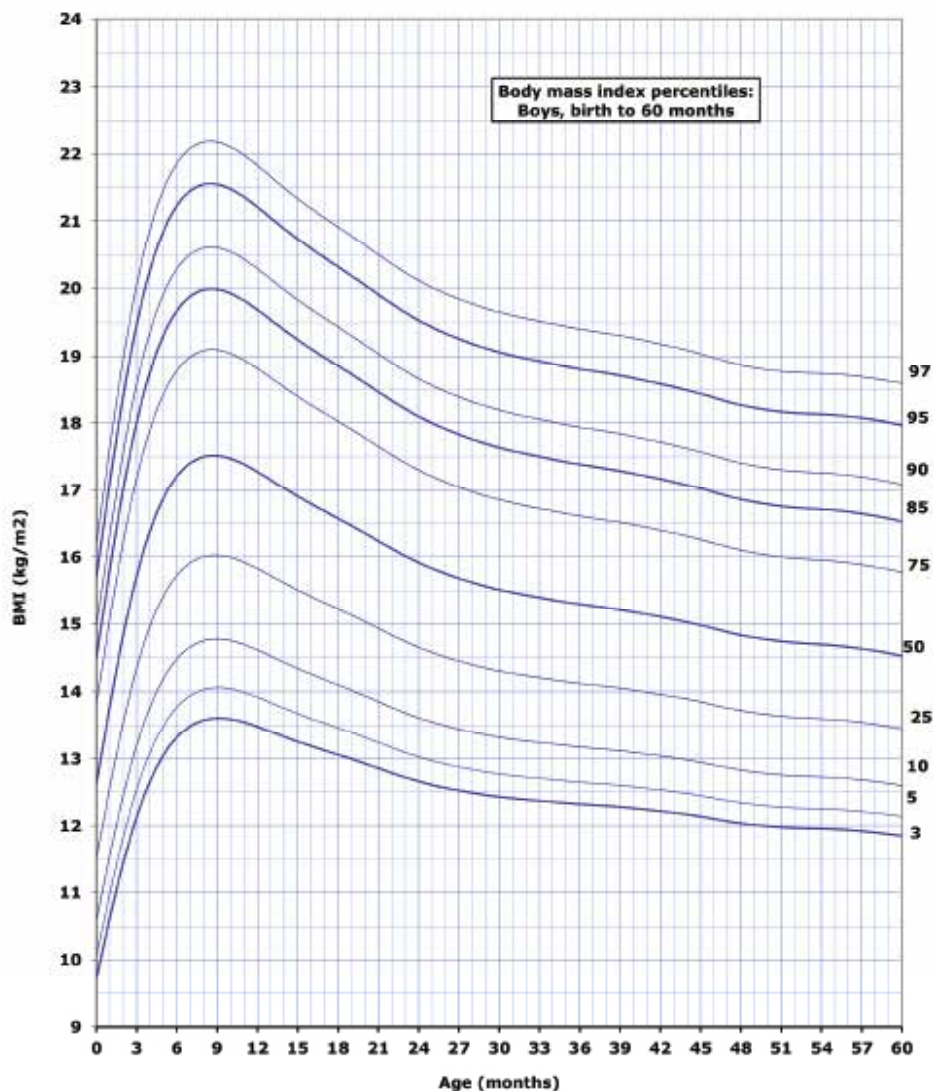
NB: The age is based on Gregorian calendar.

## Weight-for-height percentiles: Boys, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA.  
**NB:** The age is based on Gregorian calendar.

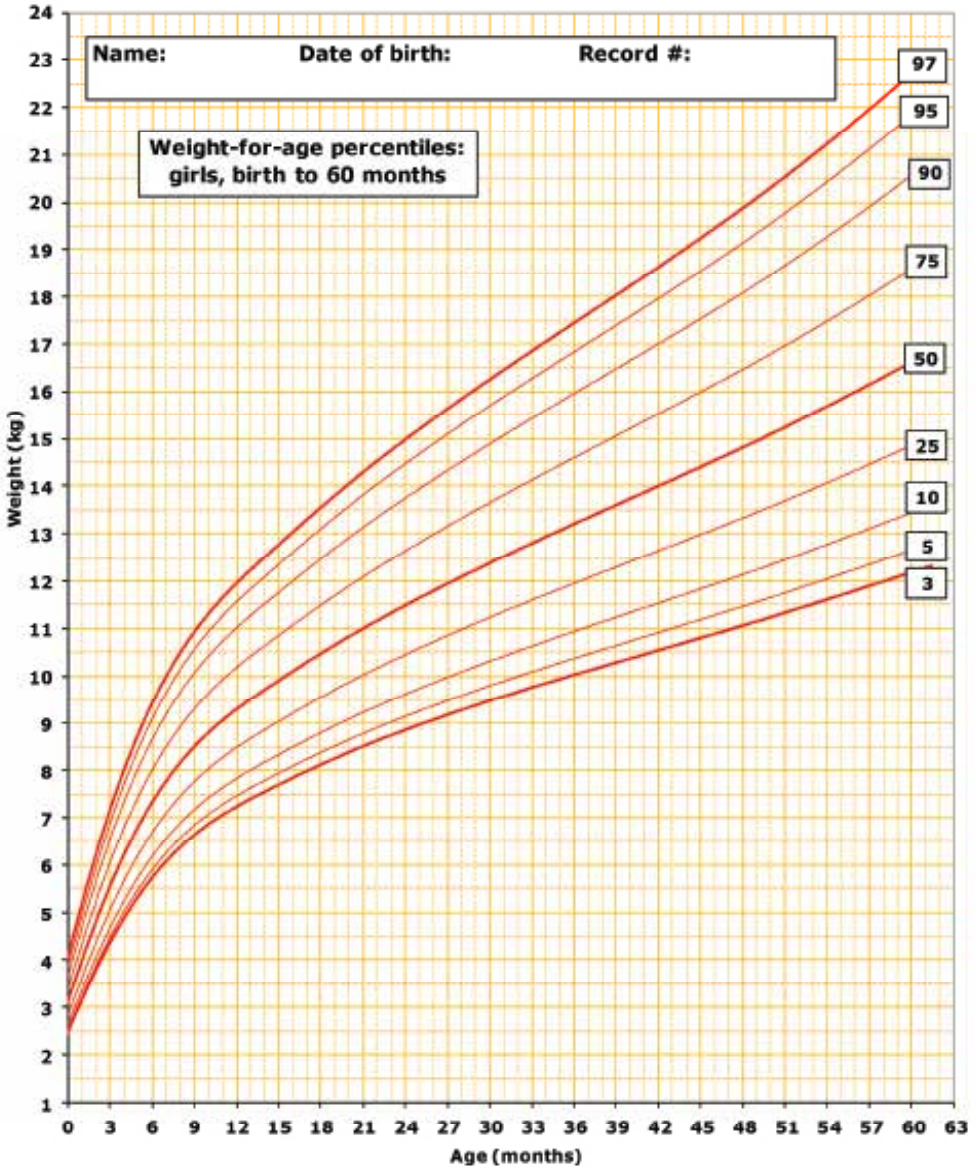
## BMI percentiles: boys, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA. **NB:** The age is based on Gregorian calendar.



Weight-for-age percentiles: girls, birth to 60 months

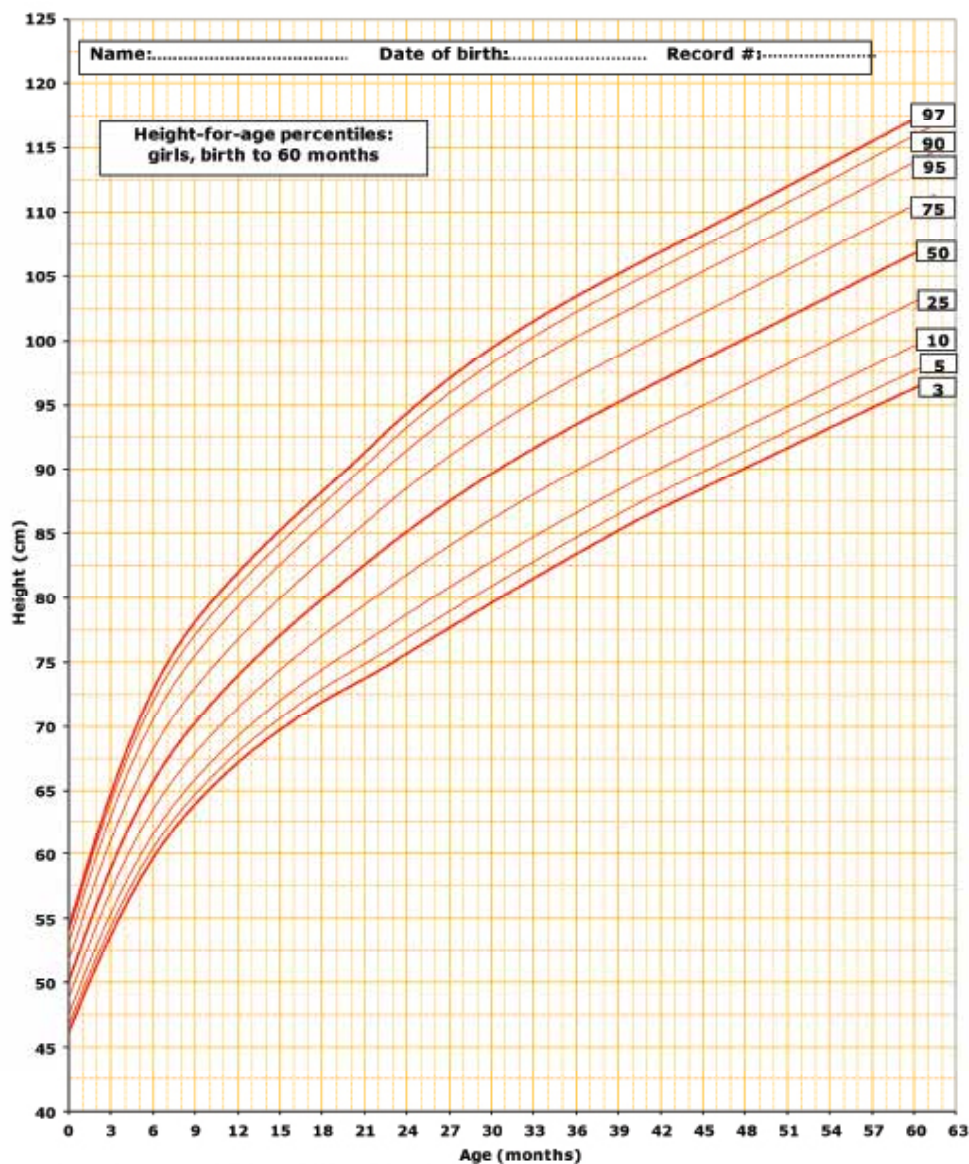


**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-6 King Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar.



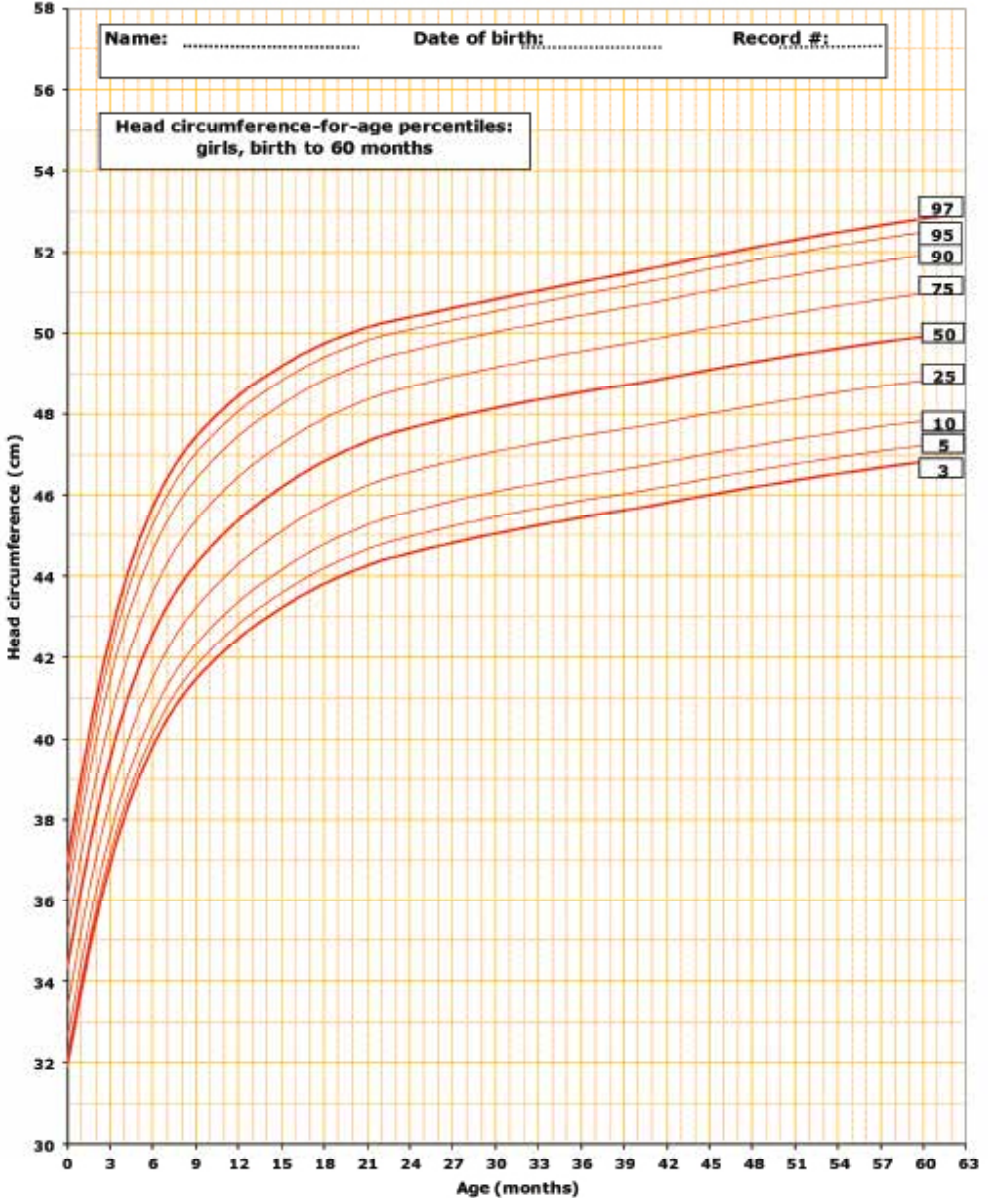
## Height-for-age percentiles: girls, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzen, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbisi, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science & Technology 2009, Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar.

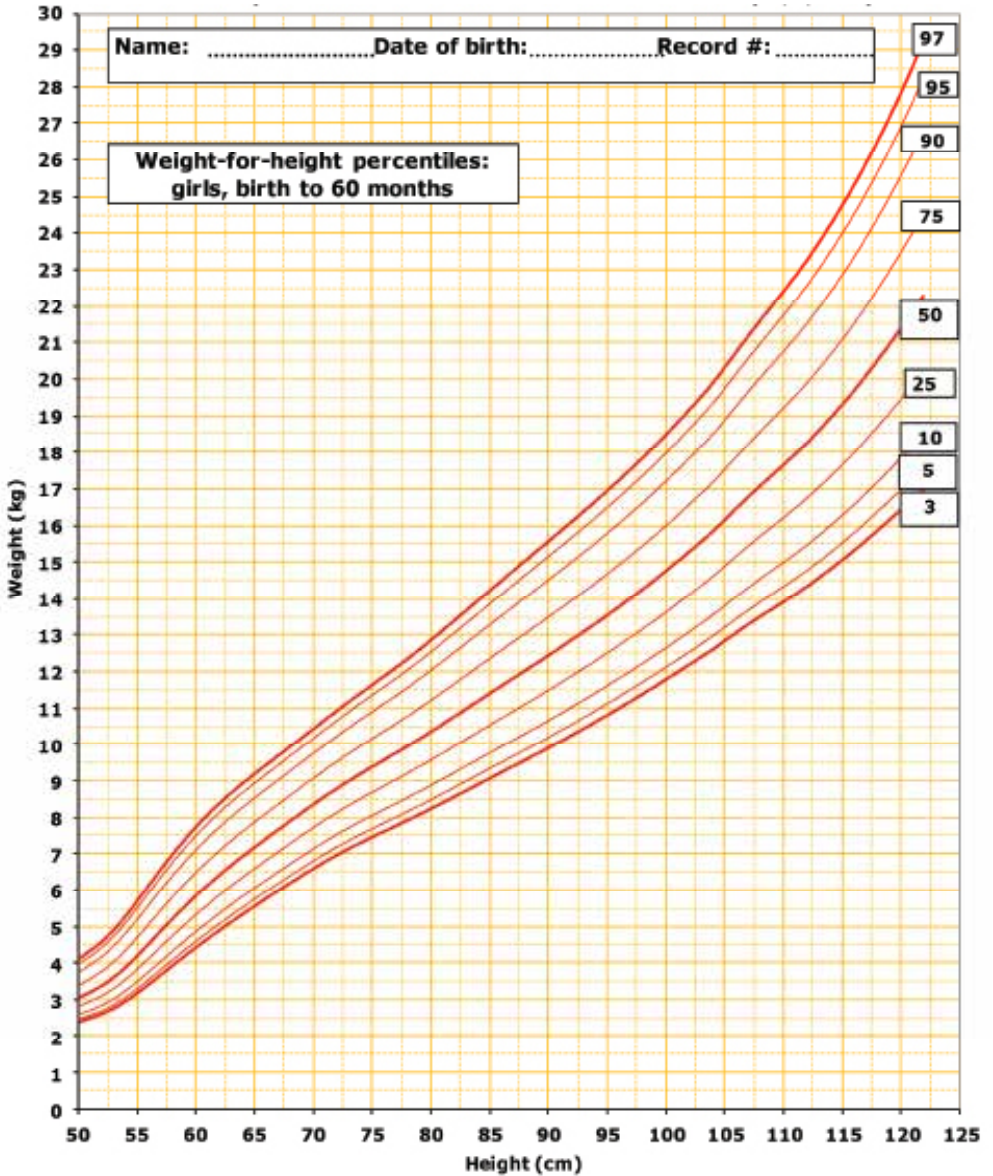
## Head circumference-for-age percentiles: girls, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdulah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar.

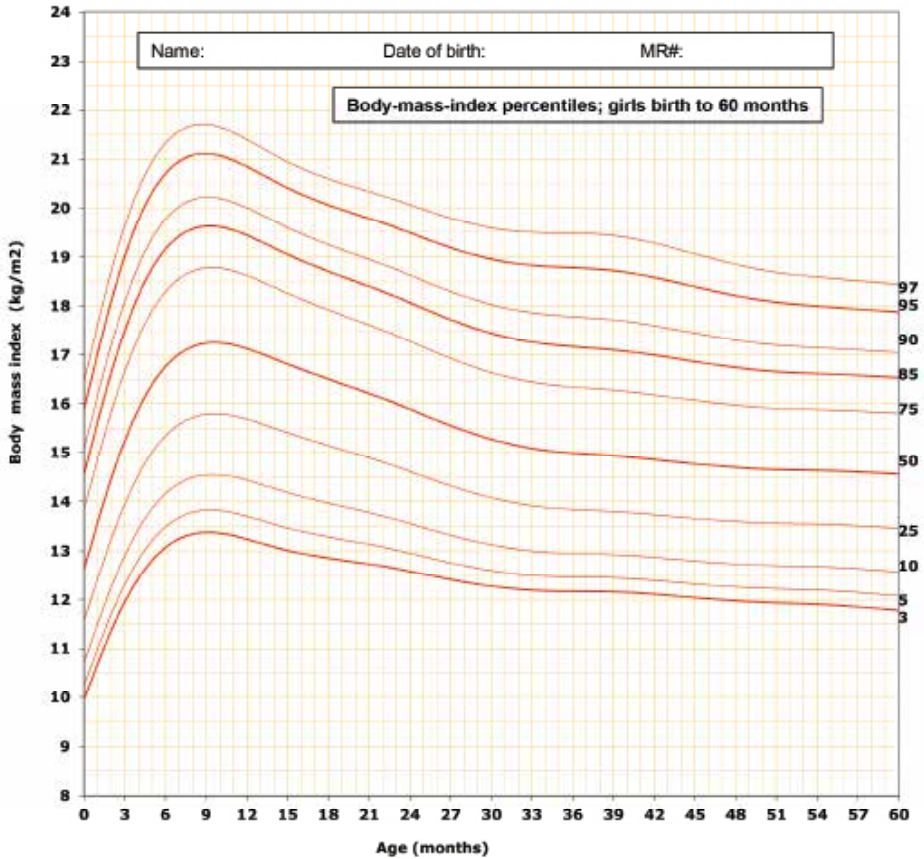
Weight-for-height percentiles: girls, birth to 60 months



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. / Herbish, Peter J Foster, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. The 2005 Growth Charts for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63) King Abdulaziz City for Science and Technology 2009, Riyadh, KSA.  
**NB:** The age is based on Gregorian calendar.



BMI percentiles: girls, birth to 60 months.



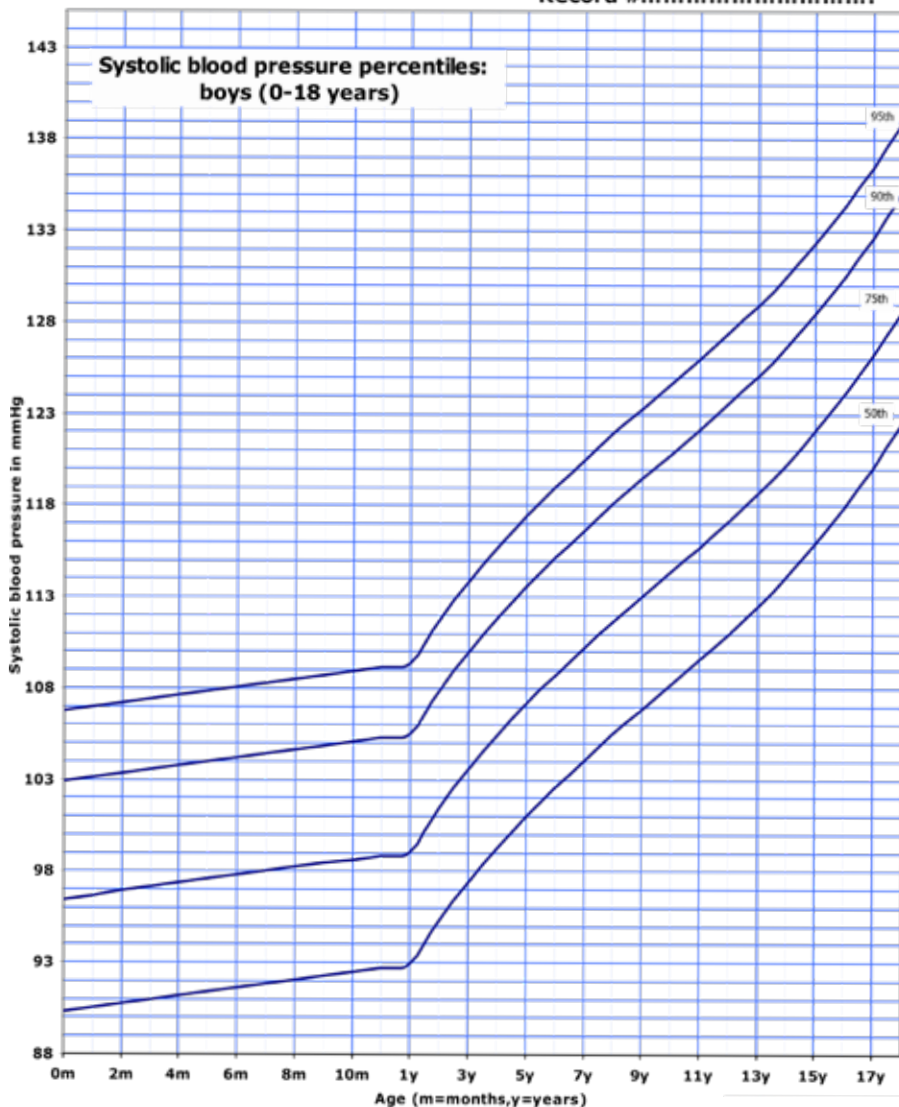
Source: Mohammad El Mouzan, Abdullah Al Herbish, Abdullah Al Salloum, Ahmad Al Omar, Mansour Alqurashi. KACST (AR-20-63).

Charts of the blood pressure (BP) for the children.

**Blood Pressure Reference for Saudi Children and Adolescents**

Name:.....

Record #.....



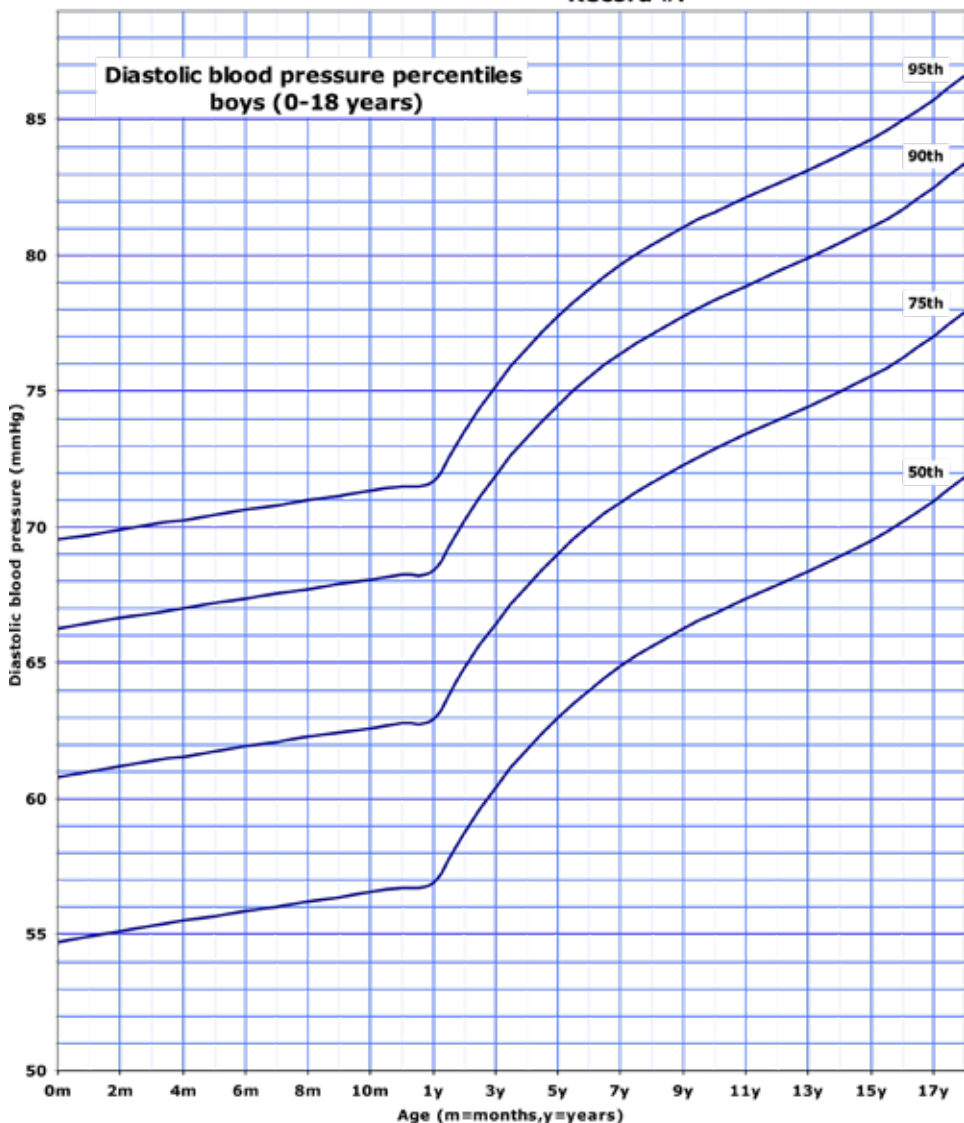
**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007, Riyadh, KSA.

**NB:** - The age is based on Gregorian calendar. The method is electronic.

**Blood Pressure Reference for Saudi Children and Adolescents**

Name:.....

Record #:



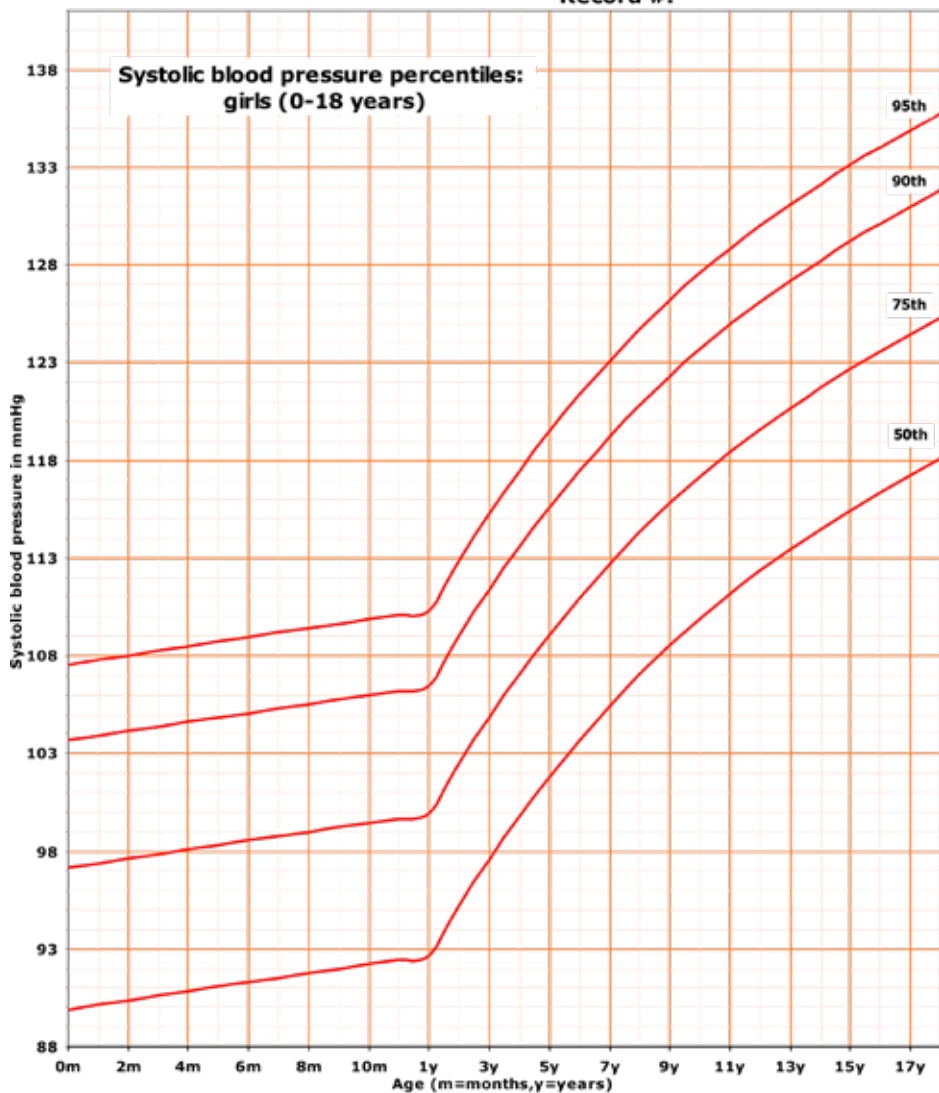
**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007, Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar. The method is electronic.

**Blood Pressure Reference for Saudi Children and Adolescents**

Name:.....

Record #:



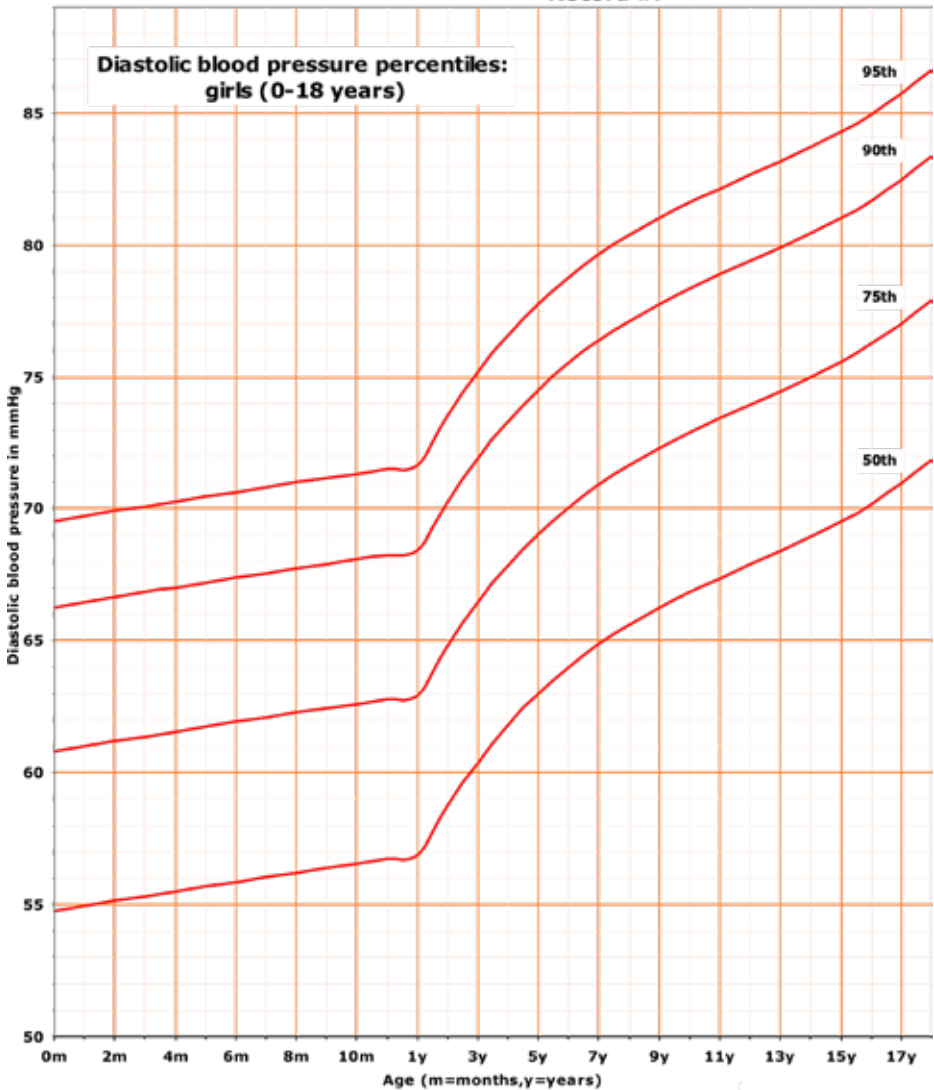
**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007 Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar. The method is electronic.

**Blood Pressure Reference for Saudi Children and Adolescents**

Name:.....

Record #:



**Source:** Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007, Riyadh, KSA.

**NB:** The age is based on Gregorian calendar. The method is electronic.



## بعض الملامح الأولى لنمو طفلك

(تعباً بواسطة الأم)

Your baby grows and learns faster in the first year than at any other time.

These pages help you to remember some "Firsts"

ينمو طفلك ويتعلم في السنة الأولى من عمره أسرع من أي وقت آخر.

وتساعدك هذه الصفحات لتسجيل ذكرياتك.

2

يتقلب  
Rolls over



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

1

يرفع رأسه عن الأرض  
Lifts head clear of ground



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

4

يجلس بنفسه  
Sit alone



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

3

يجلس بمساعدة  
Sit with support



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

## بعض الملامح الأولى لنمو طفلك

(تعباً بواسطة الأم)

يقف مستنداً

6

Stands holding on



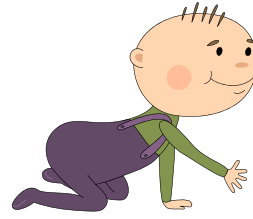
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يتحرك ويزحف

5

Moves around or crawls



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يمشي مستنداً

8

Walks holding on



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يقف بنفسه

7

Stands alone



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

الخطوة الأولى خارج المنزل

10

First outdoor walk was to ...



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يمشي بنفسه

9

walk alone



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

## بعض الملامح تجاه الأيدي

(تعباً بواسطة الأم)

12  
يمسك الأشياء الكبيرة  
Grabs and holds big things



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م٢٠

11  
يحدق إلى يديه  
Stares at hands



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م٢٠

14  
يشد ويسحب شعرك  
Pulls your hair



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م٢٠

13  
يسقط الأشياء عمدأ  
Drops things on purpose



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م٢٠

16  
يفتح الأدراج  
Opens cupboards



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م٢٠

15  
يلتقط الأشياء الصغيرة  
Picks up small things



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م٢٠



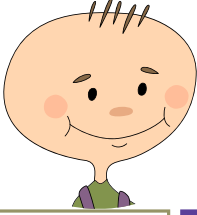
## بعض الملامح تجاه الناس

(تعباً بواسطة الأم)

يحرك عينيه ليلاظك

24

Moves eyes to watch you



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يحدق في وجهك

23

Stares at your face



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يبكي عندما تغادرين الغرفة

26

Cries when you leave the room



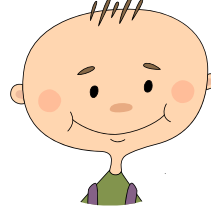
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يبتسم لأناس معينين

25

Smiles for special people



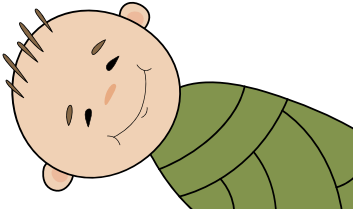
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

ينام عادة أثناء الليل

28

Usually sleeps through the night



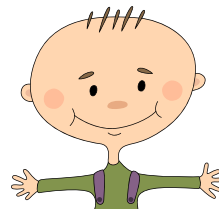
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

يرفع يديه لتحمليه

27

Holds up arms to be lifted



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / م ٢٠

## اختبار دنفر المختصر المعدل (Denver test)

التاريخ	✓ x	التطور الحركي المجسم	✓ x	تطور اللغة	✓ x	التطور الحركي الدقيق	✓ x	التطور الشخصي الإجتماعي	مجال التطور
									العمر
		يرفع رأسه لحظات على بطنه		يستجيب للحرس		يتبع بعينه حد الوسط		ينظر للوجه	الشهر الأول
		يرفع رأسه لحظات على بطنه		يناعي		يتبع بعينه حد الوسط		يبتسم للمداعبة	الشهر الثاني
		يرفع رأسه ٤٥ درجة على بطنه		يناعي		يتبع بعينه بعد حد الوسط		يبتسم لوحده	الشهر الثالث
		يرفع رأسه ٩٠ درجة على بطنه		يفقهه		يمسك الشخصية		يبتسم لوحده	الشهر الرابع
		يرفع صدره مرتكزا على يديه		يفقهه		يتبع بعينه حد ١٨٠ درجة		يبتسم لوحده	الشهر الخامس
		ينقلب		يفقهه		يصل للأشياء		يحاول أخذ اللعبة	الشهر السادس
		إذا جلس الرأس ثابتة		يصرخ		يصل للأشياء		يحاول أخذ اللعبة	الشهر السابع
		يجلس بدون مساعدة		يصرخ		يجلس وينظر للخط وهو يسقط		يطعم نفسه بسكوب	الشهر الثامن
		يقف ممسكا بشيء		يلتفت للصوت		ينقل مكعب من يد إلى يد		يطعم نفسه بسكوب	الشهر التاسع
		يقف ممسكا بشيء		ماما، بابا غير محدد		يمسك مكعبين		يعارض أخذ اللعبة	الشهر العاشر
		يجذب نفسه للوقوف		ماما، بابا غير محدد		يمسك بالإبهام والأصبع		يعارض أخذ اللعبة	الشهر الحادي عشر
		يجذب نفسه للوقوف		ماما، بابا غير محدد		يمسك بالإبهام والأصبع		يعارض أخذ اللعبة	الشهر الثاني عشر
		يمشي جيدا		ماما، بابا غير محدد		يمسك خززة بين السبابة والإبهام		يشرب بالفنجان	الشهر الثامن عشر
		يسير للخلف		٦ كلمات غير بابا، ماما		يشخبط بالقلم		يخلع ملابسه	٢٤ شهر
		يصعد الدرج		يصل كلمتين مختلفتين		يبني برج من مكعبين		يخلع ملابسه	٣٠ شهر
		يقفز		يعرف ٦ من أعضاء جسمه		يبني برج من ٤ مكعبات		يلبس ملابسه قطعة واحدة	٣٦ شهر
		يقف على قدم واحدة ١ ثانية		يعرف ٦ من أعضاء جسمه		يقلد		يفسل ويجفف يديه	٤٢ شهر
		يقف على قدم واحدة ١ ثانية		يتعرف على لون واحد		يقلد		يلعب ألعاب جماعية	٤٨ شهر
		يقف على قدم واحدة ٢ ثانية		يسمي أول وآخر أسمه		يقلد		يلعب ألعاب جماعية	٥٤ شهر
		يقف على قدم واحدة ٣ ثانية		يتعرف على ٣ من ٤ ألوان		يقلد		ينظف أسنانه	٦٠ شهر

## عوامل الخطورة للأطفال المعرضين للخطر (المجموعة أ)

### Risk Factors for At-Risk Children (Group A)

Group (A) At-Risk Children		المجموعة (أ) الأطفال المعرضين للخطر	
1	Working Mother	الأم العاملة	1
2	Poor Family	عائلة فقيرة	2
3	Death of either of the parent OR divorce	طلاق أو وفاة أحد الوالدين	3
4	Bottle Feeding (Absence of Breast Feeding)	رضاعة صناعية (غياب الرضاعة الطبيعية)	4
5	Mental OR Psychiatric disease in either of the parent	مرض عقلي أو نفسي في أحد الوالدين	5
6	Twins	التوائم	6
7	Close spacing (Less than 2 years)	مسافة متقاربة بين الحمل والآخر (أقل من سنتين)	7
8	Early Weaning (Before completion of 6 months)	الفطام المبكر (قبل إكمال 6 شهور)	8
9	Precious baby (Along awaited pregnancy after a period of infertility)	الطفل الثمين (الحمل المنتظر بعد فترة من العقم)	9
10	A child not vaccinated	الطفل الغير مطعم	10
11	Child Abuse	حالات العنف ضد الأطفال	11
12	Large Family (More than 7 individuals)	عائلة كبيرة (أكثر من 7 أفراد)	12
13	Multifactor (If there is more than one "Risk Factor")	عوامل خطورة متعددة (إذا كان هناك أكثر من "عامل خطورة")	13

## المجموعة (ب) الأطفال المعرضين للخطر

### Group (B) At-Risk Children

Group (B) At-Risk Children		المجموعة (ب) الأطفال المعرضين للخطر	
1	Low Birth Weight LBW <2.5 Kg but gestational age is > 37week	نقص الوزن عند الولادة (أقل من 2.5 كيلوجرام) عمر الحمل أكثر من 37 اسبوعاً	1
2	Premature Child < 37 weeks ir-respective of weight	مبتسر (عمر الحمل < 37 اسبوعاً)	2
3	Weight equal or below 5% of expected weight for his age.	الوزن مساوي أو أقل من ( 5 % ) من الوزن المتوقع لعمر الطفل.	3
4	Weight equal or above 95% of expected weight for his age	الوزن مساوي أو أكثر من ( 95 % ) من الوزن المتوقع لعمر الطفل.	4
5	Failure to thrive (No increase in weight for last three successive visits), even if his health condition is good.	الفشل في النمو ( لا زيادة في الوزن خلال آخر ثلاث زيارات ) حتى لو حالته الصحية جيدة	5
6	If the growth curve (Weight) is going down for last 2 successive visits), even if his health condition is good.	إذا كان منحنى النمو (الوزن ) يتراجع خلال زيارتين متتاليتين	6
7	Those children who do not have ½ Kg increase per month for the first 3 months of age & ¼ Kg increase in weight per month for the 2nd 3 months of age.	الأطفال الذين ليس لديهم زيادة نصف كيلوجرام بالشهر وذلك خلال الثلاث الأشهر الأولى من عمر الطفل وليس لديهم زيادة ربع كيلوجرام في الشهر وذلك خلال الثلاث أشهر الثانية من عمر الطفل .	7
8	Multifactor (If there is more than one "Risk Factor".	عوامل خطورة متعددة (إذا كان هناك أكثر من " عامل خطورة "	8



## عوامل الخطورة للحالات الخطرة للأطفال (المجموعة ج)

### Risk Factors for High-Risk Children (Group C)

Group (C) High-Risk Children		المجموعة (ج) الحالات الخطرة للأطفال	
1	Birth Trauma (Anoxia, Convulsions)	صدمة الولادة (نقص الأكسجين + التشنج)	1
2	Handicapped Child (Mental/Physical)	طفل معاق	2
3	Bronchial Asthma	الربو الشعبي	3
4	Congenital Heart Disease OR other congenital Defects.	أمراض القلب الخلقية أو العيوب الخلقية الأخرى	4
5	Juvenile DM	سكري الأحداث لدى الأطفال	5
6	Diseases of CNS & other like cerebral palsy & mongolism	أمراض الجهاز العصبي وأخرى مثل متلازمة الطفل المنفولي وحالات الاعتلال الدماغى	6
7	Red flag of Hearing	مشاكل بالسمع	7
8	Red flag of Vision	مشاكل بالنظر	8
9	Developmental red flag	مشاكل بالتطور	9
10	Hereditary Blood Diseases like Sickle Cell Disease, Thalassemia & Others	أمراض الدم الوراثية مثل فقر الدم المنجلي، الثلاسيميا، أخرى	10
11	Hypothyroidism	حالات قصور الغدة الدرقية	11
12	Renal Disorders	حالات أمراض الكلى بين الأطفال أقل من (5) سنوات	12
13	Leukemia	حالات سرطان الدم (اللوكيميا) بين الأطفال أقل من (5) سنوات	13
14	Multifactor (If there is more than one "Risk Factor").	عوامل خطورة متعددة (إذا كان هناك أكثر من "عامل خطورة")	14

## تدبير حالات المعرضين للخطر من الأطفال أقل من خمس سنوات

### MANAGEMENT PLAN OF AT RISK CHILDREN UNDER FIVE

<p><b>Definition of Group A</b></p> <p>They are healthy children, their growth and development indicators are normal, but living under adverse social, environmental or economic conditions that can increase the chance of health risks or problems and may pose a threat to their normal growth and development.</p>	<p><b>تعريف المجموعة أ</b></p> <p>هم أطفال أصحاء ومؤشرات نموهم وتطورهم طبيعية، ولكن يعيشون تحت ظروف اجتماعية أو بيئية أو اقتصادية غير ملائمة يمكن أن تزيد من فرصة حدوث أخطار أو مشاكل صحية لهم وقد تحمل تهديداً لنموهم وتطورهم بشكل طبيعي.</p>
<p><b>Definition of Group B</b></p> <p>They are children who have one or some indicators of their growth beyond normal limits. They may become vulnerable to a higher risk.</p>	<p><b>تعريف المجموعة ب</b></p> <p>هم أطفال يكون أمد أو بعض مؤشرات نموهم خارج الحدود الطبيعية وقد يكونوا عرضة لأن يصبحوا أطفال معرضين لخطر أكبر.</p>
<p><b>Management of at Risk Children in Group A &amp; B</b></p> <p>GENERALLY SPEAKING, THESE CHILDREN NEED MORE THAN THE RECOMMENDED VISITS AT PHCC. DURING EACH VISITS THE PROCEDURES ARE:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.HEALTH EDUCATION OF THE MOTHER AND FAMILY REGARDING CARE OF THIS BABY.</li> <li>2.MORE FREQUENT MONITORING OF GROWTH &amp; DEVELOPMENT ACCORDING TO INDIVIDUAL CASE.</li> <li>3.EXCLUSIVE BREAST FEEDING FOR FIRST 6 MONTHS.</li> <li>4.TIMELY WEANING AFTER COMPLETION OF 6 MONTHS.</li> <li>5.REGULAR TIMELY VACCINATION ACCORDING TO NATIONAL SCHEDULE OF KSA YEAR 2020.</li> <li>6.TIMELY CARE IN ILLNESS LIKE DIARRHEA, FEVER AND ARI.</li> <li>7.SUPPLEMENTATION WITH VITAMIN D AND IRON IF NEEDED.</li> <li>8.LABORATORY TEST SUPPORT IF NEEDED.</li> <li>9.INCREASE HEALTH AWARENESS OF THE MOTHERS ABOUT ENVIRONMENTAL SANITATION, PREVENTION OF HOME ACCIDENTS &amp; POISONING.</li> </ol>	<p><b>تدبير المعرضين للخطر من المجموعة أ &amp; ب</b></p> <p>هؤلاء الأطفال يحتاجون زيارات أكثر من الموصى بها للمركز الصحي. خلال الزيارة تكون الإجراءات كالتالي:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. التثقيف الصحي للأم وللعائلة عن أهمية الرعاية للطفل.</li> <li>2. متابعة متكررة لنمو وتطور الطفل حسب كل حالة.</li> <li>3. الرضاعة الطبيعية المطلقة لل ستة أشهر الأولى من العمر.</li> <li>4. الفطام في الوقت المناسب بعد إكمال ستة أشهر من الرضاعة المطلقة.</li> <li>5. الانتظام في التطعيمات حسب الجدول الوطني للتطعيمات في المملكة العربية السعودية، نسخة 2020م.</li> <li>6. الرعاية الصحية الفورية للطفل عند وجود الأمراض مثل الإسهال والحمى والالتهابات التنفسية الحادة.</li> <li>7. التثعيم بإعطاء فيتامين د والحديد عند الحاجة.</li> <li>8. عمل الفحوصات المخبرية عند الحاجة.</li> <li>9. رفع مستوى الوعي الصحي لدى الأمهات فيما يتعلق بالإصحاح البيئي في المنزل والوقاية من الحوادث المنزلية والتسمم</li> </ol>

<p>10. Timely referral to secondary level if needed</p> <p>11. Child spacing should be advised.</p> <p>12. A- Maintain the names of At Risk children in the register (A &amp; B) until (6) months have passed after the elimination of the risk factor, then you can remove the name from at risk group and follow those as normal child</p> <p>B- For risk type (A) there should be monthly follow-up then remove the child from the list after (6) months of registration unless complications occur.</p> <p>C- For risk type (B) there should be monthly follow-up by the doctor (at least one visit per month). Intensive Health education for parents. Remove the child from the register of those at risk after six months if the risk factor has been eliminated.</p>	<p>10. الإحالة المباشرة لمستوى الرعاية الثاني عند الحاجة.</p> <p>11. إرشاد الأم بمباعدة الأحمال للأطفال.</p> <p>12. أ- يجب الاحتفاظ بأسماء المعرضين للخطر من نوعي أ &amp; ب في سجل المعرضين للخطر مجموعة (أ &amp; ب) حتى مرور (6) أشهر بعد زوال عامل الخطر ومن ثم نقلهم من مجموعة المعرضين للخطر إلى الأطفال الطبيعيين ومتابعة زياراتهم بنفس الإجراءات التي تتم للأطفال الطبيعيين.</p> <p>ب- بالنسبة لعامل الخطورة من نوع (أ) يسجل بسجل الخطورة (أ &amp; ب) مع المتابعة الشهرية لمدة (6) شهور ويرفع اسم الطفل من قائمة المعرضين للخطر بعد (6) شهور من تسجيله شهور إذا لم تحدث له أي أضرار أو مشاكل.</p> <p>ج- بالنسبة لعامل الخطورة من نوع (ب) فيسجل بسجل الخطورة (أ &amp; ب) وتتم متابعته بواسطة الطبيب وتكون له زيارة مرة شهرياً على الأقل. يجب أن يكون هناك تثقيف صحي مكثف للوالدين. يرفع اسم الطفل من سجلات المعرضين للخطر بعد (6) أشهر لو زال عامل الخطورة.</p>
<p><b>Definition of Group C</b></p> <p>Children who experience a chronic physical, mental or behavioral risk factor or a combination of risk factors that prevent them from perusing and fulfilling their God given potential and they are less likely to transition successfully into adulthood.</p>	<p><b>تعريف المجموعة ج</b></p> <p>هم أطفال لديهم عوامل خطورة جسدية أو عقلية أو سلوكية مزمنة إحداهما أو أكثر مجتمعة والتي تمنع الطفل من أداء الإمكانيات الطبيعية له وهم كذلك أقل احتمالاً أن يصلوا لمرحلة البلوغ بنجاح.</p>

### Management of at Risk Children in Group C

1. For these children there should be a "Shared Care Plan" between Hospital and PHCC where hospital has a main role in the health care plan through a multidisciplinary approach.
2. Every month a visit to PHCC for monitoring of Growth & Development.
3. Regular follow up of the late comers or defaulters even by home visit if possible.
4. Health Education and psychological support of the mother and family regarding care of this baby.
5. Exclusive Breast Feeding for first 6 months.
6. Timely Weaning after completion of 6 months.
7. Regular timely vaccination according to National Schedule of KSA year 2020.
8. Timely care in illness like diarrhea, fever and ARI.
9. Supplementation with Vitamin D and Iron if needed.
10. Laboratory Test support if needed.
11. Increase health awareness of the mothers about environmental sanitation, prevention of home accidents & poisoning.
12. Referral to secondary level at least once a year.
13. Maintain the names of High Risk children in the register (C) on permanent basis.
14. Shift the names in the "High Risk" Register for cases more than 5 years after they complete (5) years of age so that a continuous special care is offered.

### تدبير المعرضين للخطر من المجموعة ج

1. بالنسبة لهذه المجموعة من الأطفال يتوجب أن تكون الرعاية لهم مشتركة بين المستشفى والمركز الصحي من خلال منهج متعدد التخصصات.
2. يجب أن تكون هناك زيارة واحدة كل شهر لمتابعة النمو والتطور لدى الطفل.
3. متابعة منتظمة للمتأخرين والمتخلفين عن الزيارات حتى لو استدعى الأمر القيام بزيارات منزلية.
4. التثقيف الصحي والدعم النفسي للأم والعائلة بخصوص رعاية الطفل.
5. الرضاعة الطبيعية المطلقة للستة أشهر الأولى من العمر.
6. الفطام في الوقت المناسب بعد إكمال ستة أشهر من الرضاعة المطلقة.
7. الانتظام في التطعيمات حسب الجدول الوطني للتطعيمات في المملكة العربية السعودية، نسخة 2020 م.
8. الرعاية الصحية الفورية للطفل عند وجود الأمراض مثل الإسهال والحمى والالتهابات التنفسية الحادة.
9. التّدعيم بإعطاء فيتامين د والحديد عند الحاجة.
10. عمل الفحوصات المخبرية عند الحاجة.
11. رفع مستوى الوعي الصحي لدى الأمهات فيما يتعلق بالإصحاح البيئي في المنزل والوقاية من الحوادث المنزلية والتسمم.
12. الإحالة المباشرة لمستوى الرعاية الثاني مرة واحدة في السنة على الأقل.
13. يجب الاحتفاظ بأسماء المعرضين للخطر مجموعة (ج) في سجل المعرضين للخطر مجموعة (ج) بشكل دائم.
14. يجب تحويل الأسماء إلى سجل "الخطورة العالية" بالمركز للحالات التي تصل لعمر أكثر من (5) سنوات لكي يتم الاستمرار في تقديم الرعاية الخاصة له.

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../

Health Cluster...../

Health Sector...../

PHCC...../

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للشؤون المراكز الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../

التجمع الصحي...../

القطاع الصحي...../

مركز الرعاية الصحية الأولية...../



نموذج إحالة واستشارة

REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / / التاريخ ..... اسم المريض الرباعي /  
 Nat.  غ س (حدد)  س / الجنسية ..... رقم الهوية /  
 Age..... العمر / ..... رقم الملف الصحي /  
 Sex  F انثى  M ذكر ..... رقم الهاتف/الجوال .....  
 ..... المستشفى المحال إليه /  
 ..... التخصص /

Immediate <input type="checkbox"/> فورية		Urgent <input type="checkbox"/> طارئة		Elective <input type="checkbox"/> اختيارية		نوع الإحالة:	
Other <input type="checkbox"/> أخرى Private car <input type="checkbox"/> سيارة خاصة Ambulance <input type="checkbox"/> إسعاف						وقت الإحالة: Time of referral	
PATIENT CONDITION ON REFERRAL:				حالة المريض عند الإحالة:			
Complaint & Duration				الشكوى ومدتها:			
V/S	Temp	B.P	Resp.rate	Pulse	Wieght	Height	BMI
Clinical & Examination				الفحص السريري			
Investigation (Included)				الفحوصات (ترفق)			
Summary Of interventions				ملخص التدخلات الطبية/			
Provisional Diagnosis				التشخيص بالمركز			
Treatment Given				العلاج المعطى:			
(Time of last dose)				تحديد آخر جرعة/			
Reasons of Referral		Follow Up <input type="checkbox"/> المتابعة		Diagnosis & management <input type="checkbox"/> العلاج		سبب الإحالة	
Other (Define) .....		Annual check up <input type="checkbox"/> الفحص السنوي		General Check up <input type="checkbox"/> الفحص العام		بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/> Upon Patient's Request	
Stamp & Sign of treating Physician				ختم الطبيب المعالج وتوقيعه /			
Stamp & Sign of technical director				ختم المدير الفني وتوقيعه /			
HR51.1		ختم المركز					

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../

Health Cluster...../

Health Sector...../

PHCC...../

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للشؤون المركزية الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../

التجمع الصحي...../

القطاع الصحي...../

مركز الرعاية الصحية الأولية...../



تقرير التغذية الراجعة للإحالة

FEEDBACK FORM

Hospital Name : اسم المستشفى :  
Hosp. No : رقم الملف بالمستشفى :  
Clinic : عيادة :  
Patient Name : اسم المريض :

Clinical Findings نتيجة الفحص السريري  
.....  
.....

Result of Investigations نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية  
.....  
.....

Diagnosis: التشخيص:  
.....  
.....  
.....

Treatment العلاج  
.....  
.....

Recommendations التوصيات  
.....  
.....

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs  
General Directorate for health affairs in Region...../  
Health Cluster.....  
Health Sector.....  
PHCC.....



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة لشؤون المراكز الصحية  
المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../  
التجمع الصحي.....  
القطاع الصحي.....  
مركز الرعاية الصحية الأولية.....

نموذج إحالة واستشارة  
REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / / التاريخ ..... اسم المريض الرباعي /  
Nat.  غ س (حدد)  س ..... رقم الهوية /  
Age..... العمر / ..... رقم الملف الصحي /  
Sex  F انثى  M ذكر ..... رقم الهاتف/الجوال .....  
..... المستشفى المحال إليه /  
..... التخصص /

نوع الإحالة: Immediate <input type="checkbox"/> فورية Urgent <input type="checkbox"/> طارئة Elective <input type="checkbox"/> اختيارية	
Other <input type="checkbox"/> أخرى Private car <input type="checkbox"/> سيارة خاصة Ambulance <input type="checkbox"/> إسعاف	وسيلة نقل المريض: إسعاف
وقت الإحالة: Time of referral	
PATIENT CONDITION ON REFERRAL: حالة المريض عند الإحالة:	
Complaint & Duration الشكوى ومدتها:	
V/S	Temp B.P Resp.rate Pulse Wieght Height BMI
Clinical & Examination الفحص السريري	
Investigation (Included) الفحوصات (ترقق)	
Summary Of interventions ملخص التدخلات الطبية/	
Provisional Diagnosis التشخيص بالمركز	
Treatment Given..... العلاج المعطى: .....	
(Time of last dose) ..... (تحديد آخر جرعة).....	
Reasons of Referral	Follow Up <input type="checkbox"/> المتابعة Annual check up <input type="checkbox"/> الفحص السنوي
Diagnosis & management	التشخيص والعلاج <input type="checkbox"/> الفحص العام <input type="checkbox"/> General Check up
Other (Define) .....	بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/> Upon Patient's Request
Stamp & Sign of treating Physician	ختم الطبيب المعالج وتوقيعه /
Stamp & Sign of technical director	ختم المدير الفني وتوقيعه/
HR51.1	ختم المركز

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../  
Health Cluster...../  
Health Sector...../  
PHCC...../

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة لشؤون المراكز الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../  
التجمع الصحي...../  
القطاع الصحي...../  
مركز الرعاية الصحية الأولية...../



تقرير التغذية الراجعة للإحالة  
FEEDBACK FORM

Hospital Name :	اسم المستشفى :
Hosp. No :	رقم الملف بالمستشفى :
Clinic :	عيادة :
Patient Name :	اسم المريض :

Clinical Findings

نتيجة الفحص السريري

.....  
.....

Result of Investigations

نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية

.....  
.....

Diagnosis:

التشخيص:

.....  
.....  
.....

Treatment

العلاج

.....  
.....

Recommendations

التوصيات

.....  
.....



KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../ /  
Health Cluster...../ /  
Health Sector...../ /  
PHCC...../ /



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة للشؤون المراكز الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../ /  
التجمع الصحي...../ /  
القطاع الصحي...../ /  
مركز الرعاية الصحية الأولية...../ /

نموذج إحالة واستشارة

REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / / التاريخ ..... / ..... الاسم المريض الرباعي /  
Nat.  غ س (حدد)  س ..... / ..... رقم الهوية /  
Age..... / ..... العمر / ..... رقم الملف الصحي /  
Sex  F انثى  M ذكر ..... / ..... رقم الهاتف/الجوال .....  
..... / ..... المستشفى المحال إليه /  
..... / ..... التخصص /

Immediate <input type="checkbox"/> فورية		Urgent <input type="checkbox"/> طارئة		Elective <input type="checkbox"/> اختيارية		نوع الإحالة:	
Other <input type="checkbox"/> أخرى		Private car <input type="checkbox"/> سيارة خاصة		Ambulance <input type="checkbox"/> وسيلة نقل المريض: إسعاف		وقت الإحالة: Time of referral	
PATIENT CONDITION ON REFERRAL:				حالة المريض عند الإحالة:			
Complaint & Duration				الشكوى ومدتها:			
V/S	Temp	B.P	Resp.rate	Pulse	Wieght	Height	BMI
Clinical & Examination				الفحص السريري			
Investigation (Included)				الفحوصات (ترفق)			
Summary Of interventions				ملخص التدخلات الطبية/			
Provisional Diagnosis				التشخيص بالمركز			
Treatment Given				العلاج المعطى:			
(Time of last dose)				(تحديد آخر جرعة).			
Reasons of Referral		Follow Up <input type="checkbox"/> المتابعة		Diagnosis & management <input type="checkbox"/> التشخيص والعلاج		سبب الإحالة	
Annual check up <input type="checkbox"/> الفحص السنوي		General Check up <input type="checkbox"/> الفحص العام		بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/> Upon Patient's Request		بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/>	
Other (Define) <input type="checkbox"/> أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>							
Stamp & Sign of treating Physician				ختم الطبيب المعالج وتوقيعه /			
Stamp & Sign of technical director				ختم المدير الفني وتوقيعه /			
HR51.1		ختم المركز					

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs  
General Directorate for health affairs in Region...../  
Health Cluster.....  
Health Sector.....  
PHCC.....



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة لشؤون المراكز الصحية  
المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../  
التجمع الصحي.....  
القطاع الصحي.....  
مركز الرعاية الصحية الأولية.....

تقرير التغذية الراجعة للإحالة  
FEEDBACK FORM

Hospital Name : اسم المستشفى :  
Hosp. No : رقم الملف بالمستشفى :  
Clinic : عيادة :  
Patient Name : اسم المريض :

Clinical Findings نتيجة الفحص السريري  
.....  
.....

Result of Investigations نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية  
.....  
.....

Diagnosis: التشخيص:  
.....  
.....  
.....

Treatment العلاج  
.....  
.....

Recommendations التوصيات  
.....  
.....



KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs  
General Directorate for health affairs in Region...../  
Health Cluster.....  
Health Sector.....  
PHCC.....



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة للشؤون المراكز الصحية  
المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../  
التجمع الصحي.....  
القطاع الصحي.....  
مركز الرعاية الصحية الأولية.....

نموذج إحالة واستشارة  
REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / / التاريخ ..... / اسم المريض الرباعي /  
Nat.  غ س (حدد)  س / الجنسية ..... / رقم الهوية /  
Age..... / العمر / ..... / رقم الملف الصحي /  
Sex  F انثى  M ذكر / الجنس / ..... / رقم الهاتف/الجوال ..... /  
..... / المستشفى المحال إليه /  
..... / التخصص /

نوع الإحالة: Immediate <input type="checkbox"/> فورية Urgent <input type="checkbox"/> طارئة Elective <input type="checkbox"/> اختيارية							
وقت الإحالة: Other <input type="checkbox"/> أخرى Private car <input type="checkbox"/> سيارة خاصة Ambulance <input type="checkbox"/> وسيلة نقل المريض: إسعاف							Time of referral
PATIENT CONDITION ON REFERRAL:				حالة المريض عند الإحالة:			
Complain & Duration : الشكوى ومدتها :							
V/S	Temp	B.P	Resp.rate	Pulse	Wieght	Height	BMI
Clinical & Examination							الفحص السريري
Investigation (Included) : الفحوصات (ترفق)							
Summary Of interventions : ملخص التدخلات الطبية							
Provisional Diagnosis : التشخيص بالمركز							
Treatment Given : العلاج المعطى :							
(Time of last dose) : تحديد آخر جرعة							
Reasons of Referral		Follow Up <input type="checkbox"/> المتابعة Annual check up <input type="checkbox"/> الفحص السنوي		Diagnosis & management <input type="checkbox"/> التشخيص والعلاج General Check up <input type="checkbox"/> الفحص العام		سبب الإحالة	
Other (Define) .....		أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>		Upon Patient's Request <input type="checkbox"/> بناء على رغبة المريض		بناء على رغبة المريض	
Stamp & Sign of treating Physician							ختم الطبيب المعالج وتوقيعه /
Stamp & Sign of technical director							ختم المدير الفني وتوقيعه /
HR51.1		ختم المركز					

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../  
Health Cluster.....  
Health Sector.....  
PHCC.....

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة لشؤون المراكز الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../  
التجمع الصحي.....  
القطاع الصحي.....  
مركز الرعاية الصحية الأولية.....



تقرير التغذية الراجعة للإحالة  
FEEDBACK FORM

Hospital Name : اسم المستشفى :  
Hosp. No : رقم الملف بالمستشفى :  
Clinic : عيادة :  
Patient Name : اسم المريض :

Clinical Findings نتيجة الفحص السريري  
.....  
.....

Result of Investigations نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية  
.....  
.....

Diagnosis: التشخيص:  
.....  
.....  
.....

Treatment العلاج  
.....  
.....

Recommendations التوصيات  
.....  
.....

KINGDOM OF SAUDI ARABIA  
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../.....  
Health Cluster...../.....  
Health Sector...../.....  
PHCC...../.....



المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الإدارة العامة للشؤون المراكز الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../.....  
التجمع الصحي...../.....  
القطاع الصحي...../.....  
مركز الرعاية الصحية الأولية...../.....

نموذج إحالة واستشارة

REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / / التاريخ ..... / ..... الاسم المريض الرباعي /  
Nat.  غ س (حدد)  س الجنسية/ ..... / ..... رقم الهوية /  
Age..... / ..... العمر / ..... رقم الملف الصحي /  
Sex  F انثى  M ذكر الجنس / ..... / ..... رقم الهاتف/الجوال ..... / .....  
المستشفى المحال إليه / ..... / ..... التخصص /

Immediate <input type="checkbox"/> فورية		Urgent <input type="checkbox"/> طارئة		Elective <input type="checkbox"/> اختيارية		نوع الإحالة:	
Other <input type="checkbox"/> أخرى		Private car <input type="checkbox"/> سيارة خاصة		Ambulance <input type="checkbox"/> وسيلة نقل المريض: إسعاف		وقت الإحالة: Time of referral	
PATIENT CONDITION ON REFERRAL:				حالة المريض عند الإحالة:			
Complaint & Duration				الشكوى ومدتها:			
V/S	Temp	B.P	Resp.rate	Pulse	Wieght	Height	BMI
Clinical & Examination				الفحص السريري			
Investigation (Included)				الفحوصات (ترفق)			
Summary Of interventions				ملخص التدخلات الطبية/			
Provisional Diagnosis				التشخيص بالمركز			
Treatment Given				العلاج المعطى:			
(Time of last dose)				(تحديد آخر جرعة).			
Reasons of Referral		Follow Up <input type="checkbox"/> المتابعة		Diagnosis & management <input type="checkbox"/> التشخيص والعلاج		سبب الإحالة	
Annual check up <input type="checkbox"/> الفحص السنوي		General Check up <input type="checkbox"/> الفحص العام		بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/> Upon Patient's Request		بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/>	
Other (Define) .....		أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>					
Stamp & Sign of treating Physician				ختم الطبيب المعالج وتوقيعه /			
Stamp & Sign of technical director				ختم المدير الفني وتوقيعه/			
HR51.1		ختم المركز					

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in Region...../

Health Cluster.....

Health Sector.....

PHCC.....

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للشؤون المراكز الصحية

المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة...../

التجمع الصحي.....

القطاع الصحي.....

مركز الرعاية الصحية الأولية.....



وزارة الصحة  
Ministry of Health

## تقرير التغذية الراجعة للإحالة FEEDBACK FORM

Hospital Name : اسم المستشفى :  
Hosp. No : رقم الملف بالمستشفى :  
Clinic : عيادة :  
Patient Name : اسم المريض :

Clinical Findings نتيجة الفحص السريري

Result of Investigations نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية


Diagnosis: التشخيص:

Treatment العلاج

Recommendations التوصيات

## جدول ملخص الإحالات والتفذية الراجعة

<b>Summary of the referrals &amp; feedbacks</b>				
S	Date of referral	Hospital & Speciality	Cause of referral	Feedback & Date
1				
2				
3				
4				
5				



S	Date of referral	Hospital & Speciality	Cause of referral	Feedback & Date
6				
7				
8				
9				
10				



# لأنهم زينة الحياة الدنيا .. وصايا قيمة لكل أم

## 1 كوني موجودة:

طفلك بحاجة إلى من يجيبه على أسئلته الكثيرة، وغيابك عنه قد يدفعه نحو اللجوء إلى شخص آخر، لكن ليس هناك في الدنيا كلها من يحسن الاستماع إليه وتوجيهه مثلك.

## 2 كوني ثابتة على مبدأ:

ما لم تمتنعي عن التساهل مع طفلك، لا تتوقعي منه أن يلتزم بإتمام واجباته الدينية والحياتية في أوقاتها وإكمالها في مواعيدها، كفسيل اليدين قبل الأكل وبعده. إن ثباتك على مبدأ في يوم، وتخليك عنه في اليوم التالي من شأنه أن يربك الطفل ويشتته ويجعل تصرفاته غير مستقرة مستقبلاً.

## 3 كوني متفهمة:

قد يقول طفلك: إنه لا يتقبل شخصاً ما في المدرسة، بدلاً من قطع الطريق عليه ونصحه بالكف عن ذلك، أسأليه عن سبب عدم هذا التقبل. بذلك تعطيه المجال للشكوى مما يضايقه، وللتنفيس عن غضبه، فتعود الراحة إلى نفسه.

## 4 أسندي إلى طفلك واجباً منزلياً منتظماً:

شعور الطفل بأنه جزء من الأسرة يدفعه إلى المشاركة مع بقية أفرادها في تحمل المسؤولية، لذا دعي طفلك يساعدك في ترتيب غرفته أو في تجهيز المائدة، أو في تنسيق الحديقة، هذه الأعمال التي تنمي روح المبادرة وتعزز الثقة بالنفس، سوف تجعل طفلك يشعر بقيمته.

## 5 امتنعي عن الشجار في حضور طفلك:

إن سماع أو مشاهدة طفلك نقاشاً حاداً بين والديه يجعله في غاية الحزن ويؤثر سلباً على تصرفاته الحاضرة والمستقبلية، لا تعرضي مشاكلك أمام طفلك، فمشاكل الكبار للكبار وحدهم.

## 6 كوني مرنة:

لا تفرضي طريقة تفكيرك على طفلك بشكل قاطع ونهائي، بل استمعي دائماً إلى وجهة نظره وتحديثي معه كي تعرفي ماذا يدور في ذهنه.

# لأنهم زينة الحياة الدنيا .. وصايا قيمة لكل أم

## 8 لا تكثري من مقارنة طفلك بغيره:

هناك مزار عديدة لأسلوب التربية الذي يعتمد على إيقاظ الفيرة بين الأطفال. فترداد القول: (فلان أكثر اجتهاداً منك، وفلان يطيع والديه أكثر منك، إلخ..). يزرع الكراهية في قلب الأطفال ضد الشخص الذي يقارن به، وتكون المشكلة أكثر تعقيداً في حال كانت المقارنة بين الإخوة.

## 7 لا تسخري من طفلك:

إذا ارتكب طفلك خطأ ما؛ لا تعاقبيه بسخرية ولا تجعليه منه أضحوكة أمام الآخرين فمن شأن ذلك أن يفقده الثقة بالنفس ويجرده من أي رغبة في تحسين تصرفاته وأيضاً قد يتسبب ذلك في إصابته بجرح نفسي يصعب علاجه فيما بعد.

## 10 اجعلي طفلك يشعر بحبك:

إذا حقّق طفلك شيئاً تفخرين به، اغمريه أنتِ ووالده بالإطراء، فالطفل بحاجة إلى الحب، والحنان، والاحترام، دعي طفلك يشعر دائماً بمدى عاطفتك نحوه؛ حتى في أوقات العقاب.

## 9 لا تخصصي لكل طفل غرفة:

يرى خبراء علم النفس أن تخصيص غرفة نوم لكل طفل ليس بالأمر الحسن؛ لأن الغرفة الخاصة، تمثل ثغرة هروب من المشاركة مع باقي أفراد الأسرة، إن حصول الطفل على غرفة خاصة، وتلفزيون خاص، يشجعه على الانعزال فتتمو أنانيته ويفقد روح الانتماء إلى الأسرة، فيحصر نفسه مستقبلاً من واجباته نحوها.

مع أطيب التمنيات  
بأمومة آمنة وطفولة سعيدة  
ودوام الصحة والعافية...



## عزيزتي الأم..

لضمان الاستخدام الأفضل لهذه الوثيقة، نأمل إتباع الإرشادات الآتية:

- العناية بالجواز والاحتفاظ به في مكان آمن.

- الالتزام التام بمواعيد الزيارات، وإبراز الجواز الصحي للطفل عند زيارة المرفق الصحي.

- الاستفادة من الرسائل التوعوية المتضمنة داخل الجواز واتباع نصائح الفريق الصحي.