



# الجواز الصحي للأم Mother Health Passport



Mother's Name : .....اسم الأم

ID Number : .....السجل المدني/ الإقامة

File Number : .....رقم الملف

Child's Name : .....اسم الطفل

ID Number : .....السجل المدني/ الإقامة

File Number : .....رقم الملف

Date of Birth : .....تاريخ الميلاد

Health Center's Name : .....اسم المركز الصحي

Hospital's Name : .....اسم المستشفى

Tel. Number : .....رقم الهاتف

...../...../..... المنطقة .....تاريخ استلام الجواز

Region: ..... Date of receipt of passport ...../...../.....

Signature: .....الختم



## الجواز الصحي للأم :

هو وثيقة تخص الأم من بداية حملها إلى ست أسابيع بعد الولادة، والطفل من ولادته حتى بلوغه ثمانية وعشرين يوماً.

## استخدامات الجواز

وسيلة  
تثقيف  
صحي

أداة لنظام  
الإحالة بين  
مستويات  
الخدمة  
الصحية

سجل  
متنقل بين  
المستفيد  
ومقدم الخدمة  
الصحية

# الجواز الصحي للأم

## Mother's Health Passport



**الحمل** هو تغير طبيعي مؤقت يحدث نتيجة عملية حمل الأثنى بواحد أو أكثر من الأجنة في الفترة التي تمتد من التلقيح حتى الولادة، وتبدأ هذه الفترة من أول يوم من آخر دورة شهرية، وتكون فترة الحمل الطبيعي من (٣٨ - ٤٢) أسبوعاً، وتنقسم هذه الفترة إلى ثلاث مراحل، كل مرحلة تستمر ثلاثة شهور، وتتميز كل مرحلة بأعراض تميزها عن المراحل الأخرى.

## مراحل الحمل وأعراضها:

المرحلة الأولى أسبوعاً (١-١٣)	المرحلة الثانية أسبوعاً (١٤-٢٦)	المرحلة الثالثة أسبوعاً (٢٧-٤٠)
تأخر الدورة الشهرية	زيادة حجم الرحم	الشعور بمركة الجنين
تضخم و ألم بالتدئين	الشعور بمركة الجنين	آلام أسفل الظهر
غثيان وتقيؤ	زيادة الشهية	تقلصات بالرحم
آلام في الظهر	يصبح لون الجلد أغمق	ظهور إفرازات من حلمة الثدي
صداع	حلمتا الثديين تصبحان أغمق وأكبر	الإحساس بنزول الرأس أسفل البطن



حملك حدث طبيعي  
سعيد اهتمي به

## زيارات متابعة الحمل

هي ثمانية زيارات أساسية محددة التوقيت أثناء الحمل، ستة منها تتم في مراكز الرعاية الصحية الأولية لمتابعة الحامل المؤهلة للمكون الأساسي لبرنامج رعاية الأمومة (ليس لديها عامل خطورة)، والزيارتان الأخيرتان تتمان في المستشفى بعد تحويل الحامل في الأسبوع (٣٦) من الحمل، وتكون هناك زيارات إضافية حسب احتياجها وحسب ما يراه طبيبها المعالج.

الزيارات الأساسية	
موعد الزيارة	نوع الزيارة
قبل إتمام الأسبوع ١٢ من الحمل	الأولى
عند الأسبوع (١٨)	الثانية
عند الأسبوع (٢٤)	الثالثة
عند الأسبوع (٢٨)	الرابعة
عند الأسبوع (٣٢)	الخامسة
عند الأسبوع (٣٦)	السادسة
عند الأسبوع (٣٨ و ٤٠)	الزيارة السابعة والثامنة

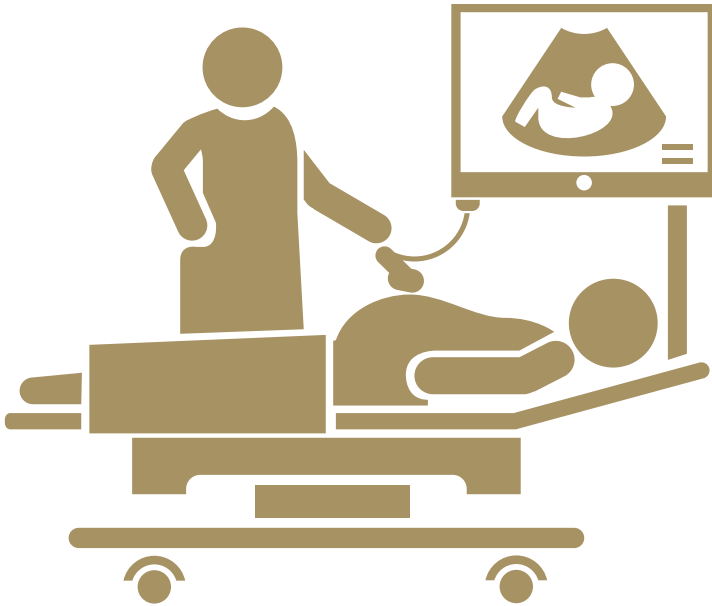
## زيارات النفاس

هما زيارتان أساسيتان محددة التوقيت بعد الولادة تتم في مراكز الرعاية الصحية الأولية لمتابعة صحة الأم أثناء فترة النفاس ومتابعة صحة المولود حتى بلوغه ثمانية وعشرين يوماً.

زيارات النفاس	
موعد الزيارة	نوع الزيارة
خلال الأسبوع الأول من الولادة	الأولى
ما بين الأسبوع (٤-٦) من الولادة	الثانية

## التصوير بالموجات الصوتية أثناء فترة الحمل

الفحص الثالث	الفحص الثاني	الفحص الأول
بين الأسبوع (٣٠-٣٤) من الحمل، وذلك لأسباب طبية مختلفة منها تحديد مكان المشيمة، أو عند الضرورة.	بين الأسبوع (١٨ - ٢٢) من الحمل للتأكد من النمو الطبيعي للجنين وعدم وجود تشوهات خلقية.	بين الأسبوع (١١ - ١٤) من الحمل للتأكد من المدة الزمنية للحمل وعدم وجود التشوهات الخلقية والصبغية، كما يمكن عمل الفحص قبل هذا الموعد في حال حدوث نزيف للتأكد من أن الحمل داخل الرحم ووجود نبض للجنين.





## إرشادات عامة للحامل



تناول وجبات  
متنوعة ومتوازنة يومياً



شرب من (٦-٨) أكواب  
من الماء يومياً



استعمال الملابس  
الفضفاضة والمريحة



المحافظة على صحة  
الفم والأسنان



الامتناع عن العادات  
الضارة مثل التدخين



تجنبي تناول الأدوية بدون  
استشارة الطبيب

## الرياضة أثناء الحمل

### الرياضة فوائد مهمة أثناء الحمل:

- تزيد من الثقة بالنفس وتقلل نسبة القلق والتوتر.
- تساعد في المحافظة على زيادة معتدلة بالوزن خلال الحمل.
- تقلل من الأعراض المصاحبة للحمل مثل آلام الظهر والإمساك.
- تساعد على رجوع الوزن إلى المعدل الطبيعي بعد الولادة.

### التمارين المهمة أثناء الحمل:

#### أولاً: تمارين اللياقة العامة:

تعتمد نوعية هذه التمارين وكثافتها على مستوى لياقة السيدة قبل الحمل، والقاعدة العامة أثناء الحمل هي عدم البدء بتمارين لم تمارس في السابق ويستثنى من ذلك المشي والسباحة، والهدف من هذه التمارين هو المحافظة على صحة القلب والرئتين أثناء الحمل، وتحضيرهما للجهد المطلوب أثناء الولادة.

#### ثانياً: تمارين الاستطالة والليونة:

تتعرض العضلات أثناء الحمل إلى كثير من العوامل التي تؤدي إلى آلام أثناء الحمل. تمارين الاستطالة تساعد في تمدد العضلات و تخلصها من العوامل المؤلمة. مثال على هذا النوع من التمارين: اجلسي على كرسي وضعي الساق والقدم على كرسي أمامك ثم انحني بشكل بسيط جداً حتى تشعري بشد خلف الفخذ. حافظي على الوضع لمدة (١٥ - ٣٠ ثانية) وكرري التمرين (٣) مرات لكل رجل.

#### ثالثاً: تمارين تقوية البطن وقاع الحوض:

#### تمرين البطن :

اجلسي على كرسي أو على الأرض ثم خذي نفساً عميقاً للداخل،

أخرجي النفس ببطء وشدي عضلات البطن بشكل بسيط لبضع ثوان ثم أرخي العضلات. أثناء الأشهر الأخيرة من الحمل قد يزداد التمرين في الصعوبة وهذا شيء طبيعي.

### تمرين قاع الحوض :

هذه التمارين مهمة جداً لتقوية عضلات قناة الولادة والعضلات المحيطة بقناة التبول.

- اقبضي العضلات المحيطة بفتحتي المهبل والشرج قدر استطاعتك وكرري الانقباض قدر الاستطاعة، ويمكن عمل التمرين في أي وضع ولكن تأكدي بأنك لا تستخدمين العضلات الخاطئة مثل عضلات المؤخرة أو الأفخاذ الداخلية. يجب القيام بهذه التمارين بشكل يومي للاستفادة القصوى.
- اتخاذ وضعية القرفصاء، ابدئي بعملها عدة مرات في اليوم (3-5) مرات وقومي بزيادة المدة تدريجياً إلى ما بين (5-10) دقائق حسب مقدرتك على التحمل. علماً بأن استخدام الحمام العربي هو أفضل طريقة لممارسة وضعية القرفصاء.

### توقفي عن الرياضة واستشيري الطبيب إذا شعرت بالأعراض التالية:

- آلام بالبطن أثناء الرياضة.
- انقباضات بالرحم مستمرة ومتقاربة بعد الرياضة.
- نزيف مهبلي.
- إذا قلت حركة الجنين.
- زغلة/ اضطراب بالنظر أو دوخة أثناء الرياضة.

## (أ) الإجراءات الأساسية لمتابعة الحامل

في أول زيارة للحامل للمركز الصحي يتم تسجيلها وأخذ تاريخها المرضي وإجراء الفحص السريري وتصنيفها حسب بروتوكول رعاية الحوامل.

Health Center's Name	
File Number/ Booking Number	
Date of Booking	
Mother's Name	
Age	
Nationality	
Occupation	
Address	
Husband's Name	
Contact Number	
Emergency Contact	

<b>Premarital test result</b>	Normal ( ) Abnormal ( ) what is it.....
<b>Pregnancy test</b>	Blood ( ) Urine ( )

<b>Obstetric and Gynecological History</b>		
Gravida ( ) para ( )	Regular Cycle: Yes ( ) No ( )	Contraception use:
Full term ( ) preterm ( )	Frequency Of Cycle:( ) days	Yes ( ) No ( )
Live birth ( ) Still Birth ( )	LMP	What is the type?
Neonatal death ( )	.....	.....
Miscarriage ( )	EDD	.....
Twins ( )	.....	.....
Previous ectopic pregnancy ( )	Based on: Date ( ) U/S ( )	.....

<b>Past Obstetric History</b>							
Date of birth	Gestation	Gender	Place of birth	Birth Weight	Mode of birth	Complications	Remarks

<b>Medical History</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
No significant medical history		
Essential Hypertension		
Diabetes Mellitus		
Thyroid disease		
Bronchial asthma		
Cardiac disease		
Deep vein thrombosis		
Pulmonary embolism		
Iron deficiency anemia		
Sickle cell anemia		
Tuberculosis		
Epilepsy		
Recurrent urinary tract infection		
Autoimmune disease		
Malignancy		
Other(specify)		
<b>Psychological history</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Depression		
Anxiety		
Other		

<b>Surgical History</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Cesarean-section		
If Yes, what's the indication?		
D&C		
Cervical sutures		
Laparotomy		
If Yes, what's the indication?		
Pelvic floor repair		
Myomectomy		
Others:		
<b>Blood Transfusion</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
If Yes, what's the reason?		
<b>Drug History</b>		
If Yes, what's the medication?		
<b>Allergy History</b>		
If Yes, what's the type?		
<b>Family History</b>		
No significant disease		
Hypertension		
Diabetes Mellitus		
Tuberculosis		
Multiple pregnancy		
Congenital anomalies		
Inherited diseases		
consanguinity		
Psychiatric illness		
Other (specify)		

Social History	
Marital status	
Education level	
Occupation	
Smoking	No ( ) Yes ( ) cigarette/day .....
Substance abuse	No ( ) Yes ( )
Exercise	NO ( ) Yes ( ) type ..... how often .....

الانتظام بتناول أقراص حمض الفوليك قبل الحمل  
وخلال الأشهر الثلاث الأولى من الحمل يقلل من نسبة  
حدوث تشوهات الجهاز العصبي للجنين.

### من المصادر الطبيعية لحمض الفوليك



البازلاء



نصف كوب



السيانخ  
(مطهي)



نصف كوب



المعكرونة



نصف كوب



أرز أبيض  
متوسط الحبة



نصف كوب

Physical Examination	
Height	( ) cm
Weight	( ) kg
BMI	( ) kg/m <sup>2</sup>
Breast	
Thyroid	
Respiratory System	
Cardiovascular System	
Abdomen	
Central Nervous System	
Varicose vein	
Teeth and Gum	

Laboratory Investigations	
Blood group & Rhesus factor (RH)	
Husband blood group & Rh (if needed)	
Complete Blood Count (CBC)	
Serum Ferritin Level	
HbA1C/FBS	
Indirect Coombs' Test	
Thyroid Stimulating Hormone Test (TSH)	
Hepatitis B surface antigen	
Hepatitis C antibodies	
Syphilis-VDRL (RPR)	
Rubella IgG	
Human Immunodeficiency Virus screening test (HIV)	
Rapid urine Dipstick-test	
Urine C/S	

لتتغلبني على القياء الصباحي تناولني بعض  
البسكويت أو الخبز قبل نهوضك من السرير  
فهذا يقلل من حموضة المعدة والرغبة بالتقيؤ.



## تصنيف الحوامل

تستخدم استمارة تصنيف الحوامل لمعرفة أهلية المرأة الحامل لمتابعة حملها في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال إجابتها على أسئلة الاستمارة التي تحتوي على سبعة وعشرين عاملاً وتعرف هذه بعوامل الخطورة ويتم التصرف حيال المرأة الحامل على ضوء إجاباتها على الاستمارة كما يلي:

- إذا كانت الإجابة بـ (لا) لجميع العوامل يتم متابعتها في المركز الصحي وتصنف مؤهلة للمكون الأساسي لبروتوكول رعاية الحوامل.
- إذا كانت الإجابة بـ (نعم) لعامل واحد أو أكثر في قائمة الاستمارة يتم إحالتها إلى المستشفى وتصنف غير مؤهلة للمكون الأساسي لبروتوكول رعاية الحوامل.
- كما يجب إحالة الحامل إلى المستشفى عند اكتشاف أي عامل من عوامل الخطورة لديها في أي مرحلة من مراحل الحمل أثناء متابعتها لبروتوكول رعاية الحوامل بالمركز الصحي.

## استمارة تصنيف الحوامل

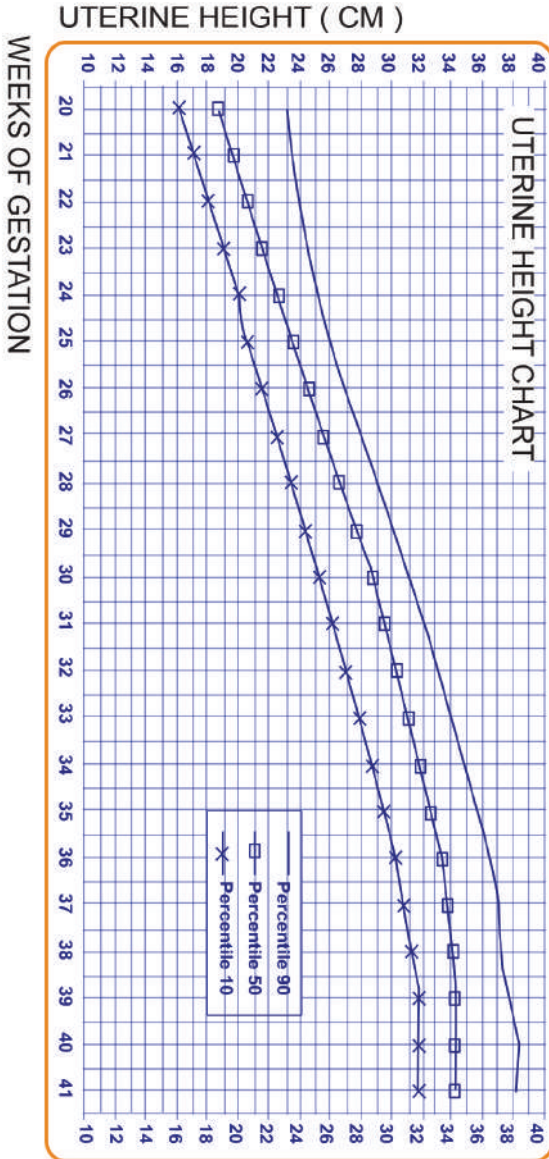
<b>Obstetric History</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
1-Previous still birth or neonatal death		
2-History of 3 or more consecutive spontaneous miscarriage		
3-Birth weight of last baby < 2500 g		
4-Birth weight of last baby > 4500 g		
5-Last pregnancy hospital admission for hypertension or preeclampsia / eclampsia or preterm labor		
6-Previous surgery on reproductive tract as (myomectomy, removal of septum, Cesarean Section, Cervical Cerclage)		
7- Inherited disorders in the family and birth defects		
8-Previous history of baby with congenital anomalies		
<b>Current Pregnancy</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
9-Diagnosed multiple pregnancy		
10-Age less than 18 years		
11-If primigravida , and age more than 35 years		
12-Vaginal Bleeding		
13-Pelvic Mass		
14-Blood Pressure 140/90mmhg or more at booking or during visits		
15-Diagnosed as GDM/suspected small gestational age (SGA) or intrauterine growth restriction( IUGR )		
16-Fetal anomalies were diagnosed by ultrasound		
17-Perinatal infection screening result positive		
18-First trimester screening tests were positive (ultrasound or biochemical markers)		
19-Isoimmunization RH(-) in current or previous pregnancy		

General Medical Conditions	Yes	No
20-Diabetes mellitus		
21-BMI > 40 kg/m <sup>2</sup> or BMI < 18.5 kg/m <sup>2</sup>		
22-History of haemoglobinopathies		
23-History of pulmonary embolism or venous thromboembolism		
24- History of thrombophilia		
25- Renal disease		
26- Cardiac disease		
27- other risk factors not included in the list		
<b>Result of classification</b>		
Noted: Kindly refer the Mother with any risk to the hospital		



حملك يستوجب  
العناية والمتابعة  
المنتظمة من  
أجل ولادة آمنة

# Uterine Height Chart



## ب / إجراءات الزيارات الستة الأساسية لمتابعة الحامل بمراكز الرعاية الصحية الأولية

<b>First visit before the 12<sup>th</sup> week</b>	
<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother's Complaint</b>	
<b>Clinical Examination</b>	
Blood pressure	
Weight	(    ) kg
Pallor	
Edema	
<b>Laboratory Investigations ( at booking )</b>	
<b>Treatment &amp; Immunization</b>	
Iron (If needed)	
Folic acid	
Recommended vaccine	
Other treatment (specify)	
<b>Assess for referral</b>	
- Assess for eligibility by using the classification form page <b>(16-17)</b> , Eligible for antenatal care at primary health center?	Yes (    )                      No (    )
- Other indication for referral?	
<b>Health education</b>	
Normal pregnancy	
Nutrition	
X-ray & medications	
Open questions & answers	
Next appointment at <b>(18<sup>th</sup>)</b> weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

## Ultrasound Examination (Dating Scan)

Gestational sac	
Fetus	Alive ( )      Dead ( )
Number of fetus	
Crown Rump Length (CRL)	
Nuchal Translucency (NT)	
Gestational age	
EDD	
Other observation	
Physician name & signature	

تناول أقراص الحديد بانتظام خلال الحمل  
وحتى الولادة يحميك من فقر الدم (الأنيميا)

### من المصادر الطبيعية للحديد



## Second visit at the 18<sup>th</sup> week

<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    )    No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	(    ) kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height if > 20 weeks ( plot on chart page 22)	
Fetal heart sound	
<b>Laboratory Investigations</b>	
Rapid urine dipstick test	
Complete urine analysis, if needed	
<b>Treatments &amp; Immunization</b>	
Iron	
Calcium & Vitamine D (if needed)	
Recommended vaccine	
Other treatment (specify)	
<b>Assess for referral</b>	
- Assess for eligibility by using the classification form page (16-17), Eligible for primary health care follow up? - Other indication for referral?	Yes (    )    No (    )
<b>Health Education</b>	
Nutrition	
Risk factors in pregnancy	
Open questions & answers	
Next appointment at (24 <sup>th</sup> ) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

## Ultrasound Examination (Anatomy Scan)

Fetus	Alive ( )      Dead ( )
Number of fetus	
Fetal measurements	BPD ( )    HC ( )    AC ( )    FL ( )
Estimated fetus weight	
Gestational age	
EDD	
Amniotic fluid amount	
Placenta position	
Congenital anomalies	
Other observation	
Physician name & signature	

من العلامات التي تستوجب زيارة الطبيب مباشرة بدون تأخير أو الانتظار للموعد القادم:

**ارتفاع درجة الحرارة، القيء الشديد، الصداع الشديد، تورم الوجه والقدمين، النزيف المهبلي أو توقف حركة الجنين، حيث تعتبر علامات طارئة.**



## علامات تسمم الحمل



الزيادة المفرطة  
في الوزن



ارتفاع ضغط  
الدم



الزلال (ارتفاع  
البروتين في البول)



تشنجات (حالة صرع عام)



تورم الوجه



تورم الساقين و القدمين

## Third visit at the 24<sup>th</sup> week

<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    ) No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	(    ) kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height ( plot on chart page 18)	
Fetal Heart Sound	
<b>Laboratory investigations</b>	
Complete Blood Count (CBC)	
Serum Ferritin Level	
Oral glucose tolerance test (OGTT-75gs or 100gs)	
Rapid urine dipstick test	
Complete urine analysis, if needed	
<b>Treatment &amp; Immunization</b>	
Iron	
Calcium & Vitamine D if needed	
Recommended vaccine	
Other treatment (specify)	
<b>Assess for referral</b>	
<p>- Assess for eligibility by using the classification form page <b>(16-17)</b>, Eligible for primary health care follow up?</p> <p>- Other indication for referral?</p>	Yes (    ) No (    )

Health education	
Nutrition	
Exercise	
Smoking	
Next appointment at (28 <sup>th</sup> ) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

- سكري الحمل هو نوع من أنواع السكري يتم تشخيصه في الثلث الثاني أو الثالث من الحمل.
- احرصى على عمل الفحص لاكتشافه مبكرا ولتجنبى مضاعفاته.



## Fourth visit at the 28<sup>th</sup> week

<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    )    No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	(    ) kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height ( plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
<b>Laboratory Investigations</b>	
Indirect coombs' test (if she is Rh negative)	
Rapid urine dipstick	
Complete urine analysis, if needed	
<b>Treatment &amp; Immunization</b>	
Iron	
Anti D (if needed)	
Calcium & Vitamine D if needed	
Recommended vaccine	
Other treatment	
<b>Assess for referral</b>	
- Assess for eligibility by using the classification form page (16-17), Eligible for primary health care follow up?	Yes (    )    No (    )
- Other indication for referral?	
<b>Health education</b>	
Nutrition	
Breast feeding	
Explain where & when to go in case of emergency	
Open questions & answers	
Next appointment at (32 <sup>nd</sup> ) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

## Ultrasound Examination

Fetus	Alive ( )      Dead ( )
Number of fetus	
Fetal measurement	BPD ( )   HC ( )   AC ( )   FL ( )
Estimated fetus weight	
Gestational age	
EDD	
Amniotic fluid amount	
Placental position	
Congenital anomalies	
Doppler measurement, if needed	
Other observation	
Physician name & signature	

الرياضة من النشاطات المهمة لك،  
ويجب استشارة طبيبك قبل ممارستها

### أفضل أنواع الرياضة



السباحة



المشي



اليوغا

## Fifth visit at the 32<sup>nd</sup> week

<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    ) No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	(    ) Kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height ( plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
Fetal lie and presentation	
<b>Laboratory Investigations</b>	
Complete Blood Count	
Serum ferritin	
Rapid urine dipstick	
Complete urine analysis, if needed	
<b>Treatment &amp; Immunization</b>	
Iron	
Calcium & Vitamine D if needed	
Recommended vaccine	
Other treatment	
<b>Assess for referral</b>	
*Reassess for the risk page (16-17) Eligible for primary health care follow up?	Yes (    ) No (    )
*Other indication for referral?	
<b>Health education</b>	
Breast feeding	
Signs of preterm labor	

Importance of postpartum visits	
Open questions & answers	
Next appointment at (36 <sup>th</sup> ) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

الرضاعة الطبيعية حق لكل رضيع،  
حليب الأم يفي بحاجة الطفل من  
الغذاء خلال الستة أشهر الأولى.



## Sixth visit at the 36<sup>th</sup> week

<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    )    No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	(    ) Kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height ( plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
Fetal lie and presentation	
Head engagement	
<b>Laboratory Investigations</b>	
Rapid urine dipstick	
Complete urine analysis, if needed	
<b>Treatment &amp; Immunization</b>	
Iron	
Calcium & Vitamine D if needed	
Recommended vaccine	
Other treatment	
<b>Health education:</b>	
Symptoms & Signs of Labor	



Importance of postpartum visits.	
Family planning	
Open questions & answers	
Referral to Hospital ( to complete the other two ANC visits at (38 <sup>th</sup> / 40) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

عليك الاستعداد لاستقبال المولود الجديد وتجهيز حقيبة المستشفى قبل وقت كاف من موعد الولادة.

#### اللوازم الخاصة بالأم:

- الهوية الوطنية أو بطاقة العائلة.
- الجواز الصحي للأم.
- حقيبة تحتوي على ملابس مريحة وخاصة بالرضاعة مع توفر الملابس الداخلية والفوط الصحية ومستحضرات الحمام والنظافة الخاصة بك بالإضافة لحذاء مريح.

#### اللوازم الخاصة بالمولود:

- حقيبة فيها الملابس الخاصة بالمولود، حفاظات وبطانية للطفل لحفظه عند مغادرة المستشفى.

## تحضيرات الأم لحماية العجان

### ما هو العجان؟

هو مجموعة من العضلات بين المهبل وفتحة الشرج.

### ما هو قص العجان؟

هو عبارة عن قطع جراحي بواسطة المقص لأنسجة قناة الولادة قبيل ولادة رأس الجنين مباشرة، بغرض التوسعة لإخراج الجنين في حالات تعسر الولادة.

### متى يمكن إجراء قص العجان؟

يتم في بعض الحالات مثل ضرورة تسريع الولادة نظراً لضعف نبضات قلب الجنين أو عند الحاجة لإجراء الولادة المساعدة (بالشفط أو بالملقط)، مع الإشارة بأن كون الحامل بكرية لا يتطلب القص لضيق المكان.

### ماهي مضار قص العجان؟

- \* زيادة النزف بعد الولادة مما يزيد احتمال الحاجة إلى نقل الدم.
- \* الشعور بالألم أثناء الجلوس بعد الولادة مما يقلل المساكنة (بقاء الأم والطفل معاً للرضاعة الطبيعية).
- \* التهاب مكان الجرح.
- \* ألم مزمن أثناء الحركة والجماع.
- \* احتمال امتداد قص العجان للشرج والمستقيم وفي حالة عدم الالتئام أو عدم التشخيص قد يؤدي إلى حدوث سلس بالبراز أو ناسور مهبلي مستقيمي.
- \* عدم التئام الجرح بطريقة سليمة مما ينتج عنه ظهور زائدة جلدية أو عدم تماثل منطقة العجان أو ضيق شديد أو توسع في فتحة منطقة المهبل.

## بعض تحضيرات الأم لحماية العجان:

### خلال الحمل:

- \* ممارسة وضعية القرفصاء أثناء الحمل حيث إن استخدام الحمام العربي هو أفضل طريقة لممارسة وضعية القرفصاء.
- \* ممارسة تمارين كيجل، قبل وأثناء الحمل يساعد على تكوين عجان قوي.
- \* تدليك منطقة العجان مرة أو مرتين في الأسبوع قبل الولادة بخمسة أو ستة أسابيع بزيت زيتون مفيد لمرونة عضلات المهبل، مما يقلل نسبة تمزق العجان أو القص وقت الولادة.
- \* عدم استعمال الصابون في عملية تنظيف منطقة العجان، إذ إنه يجفف الجلد وينزع منه الزيوت الطبيعية المرطبة والمليئة.

### خلال الولادة:

- \* تحدثي مسبقاً مع الطبيب أو القابلة للتأكد من أنهم متفوقون على عدم قص العجان بدون مبرر طبي.
- \* أثناء الولادة عليك أن تفكري بشدة الدفع التي يملئها عليك جسمك، ففي البداية قد تحتاجين إلى الدفع بأقصى قدرتك بينما قد تشعرين بالحاجة لدفعة خفيفة عندما يتمدد العجان، وتحلّي بالصبر فبعض الأجنة يولدون بسرعة والبعض الآخر يأخذ وقتاً أطول، فلا تفرطي في الدفع فتسببي التمزقات لنفسك.
- \* تجنبي الأدوية المسكنة أثناء المخاض والولادة، حيث إن إحساسك بإشارات الجنين أمر مهم من أجل تجنب الأخطاء والدفع الزائد وبالتالي حدوث تمزق العجان.

## ج- إجراءات الزيارتين السابعة والثامنة لمتابعة الحامل بالمستشفى

<b>Seventh visit at the 38<sup>th</sup> week</b>	
<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    )    No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	(    ) kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height ( plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
Fetal lie and presentation	
Head engagement	
<b>According to her health status the following will be required</b>	
Laboratory Investigations	
Ultrasound Examination	
Treatment & Immunization	
<b>Health education</b>	
Next appointment at (40) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

## Eighth visit at the 40 week

<b>Visit's date</b>	Actual pregnancy age (    ) weeks
<b>Mother Complaints</b>	
Fetal movement	Yes (    )    No (    )
<b>Clinical Examination</b>	
Weight	
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height ( plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
Fetal lie and presentation	
Head engagement	
<b>According to her health status the following will be required</b>	
Laboratory Investigations	
Ultrasound Examination	
Treatment & Immunization	
<b>Health education</b>	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	



تذكري إحصار الجواز الصحي للأم معك  
عند الولادة ليتمكن الطبيب من توثيق  
أحداث الولادة.

## الولادة

الولادة تجربة فريدة تختلف من امرأة لأخرى ومن حمل لآخر، ومهما كانت المشقة فهي بلا شك حدث سعيد لك ولجميع أفراد العائلة. هناك نوعان من الولادة:

### الولادة الطبيعية:

هي الولادة التي تتم عن طريق المهبل وتمر بثلاث مراحل أساسية، وبعد الولادة يتم وضع الأم تحت الملاحظة للتأكد من عدم حدوث النزيف وضمان استقرار الحالة الصحية لها.

### مراحل الولادة الطبيعية:

وصف مراحل الولادة الطبيعيه	مراحل الولادة الطبيعية
تتميز بتوسيع عنق الرحم إلى (10) سم وهي أطول مراحل الولادة.	المرحلة الأولى
تعرف بمرحلة خروج المولود وتتميز بتوسيع عنق الرحم توسعاً كاملاً.	المرحلة الثانية
تعرف بمرحلة خروج المشيمة.	المرحلة الثالثة

### الولادة القيصرية :

هي عملية جراحية تتم عند تعذر الولادة الطبيعية ولا يعمل بها كإجراء روتيني.

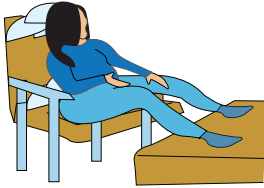
## من وضعيات الولادة لتخفيف الألم وقت المخاض



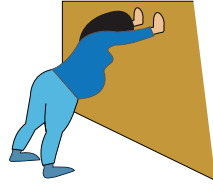
الاستلقاء على أحد الجانبين



وضعية السجود



الجلوس بوضعية مستقيمة



الاستناد على الحائط



وضعية على أربع أطراف



الجلوس



الوقوف مدعمة مع جهاز التخطيط



الجلوس على السرير

## نصائح لتقليل آلام الخياطة والفرز

- تغيير الفوط النسائية باستمرار، اغسلي يدك قبل وبعد الفوط الصحية واستحمي يوميا على الأقل لأن هذا سوف يقلل نسبة حدوث التهابات.
- ضعي كمادات باردة على مكان الخياطة بعد لفها بمنشفة، مثل الثلج الذي يعمل على تخفيف الألم والانتفاخات.



- استخدمي مخرطة عند الجلوس لتخفيف الضغط على مكان الخياطة والجلوس في وضعية مناسبة.



- استخدمي مغطساً دافئاً مع مراعاة تجفيف المكان تماما بمنشفة ناعمة ونظيفة.





- تجنبى استخدام المواد المطهرة (المعقمة) لاحتوائها على مواد كيميائية التي من شأنها تهيج منطقة الجرح.



- عرّضى الخياطة للهواء مرة أو مرتين في اليوم لمدة ١٠ دقائق أو أكثر.

- امشي قدر المستطاع وقومي بعمل التمارين الرياضية المخصصة لتقوية عضلات الحوض وتحفيز الدورة الدموية لتسريع التئام الجرح، تذكرى أن استخدام الحمام العربي هو أفضل طريقة لممارسة تقوية عضلات الحوض والتقليل من اضطراب وظيفة أرضية الحوض.

- خذي مسكناً للألم عند الحاجة مثل: الباراسيتامول أو إيبوبروفين.

- يمكنك بدء العلاقة الحميمة خلال ٤ إلى ٦ أسابيع بعد الولادة.

## استمارة الولادة

Summary of Labor (To be filled at the Maternity Hospital)				
Admission date to labor room				
Admission time				
Gestation	term( )	preterm( )	post-dated ( )	
Presentation & position				
State of membrane				
Date & time of birth				
Duration of birth				
Type of birth				
Perineum intact	Yes ( )	No ( )		
Episiotomy performed	Yes ( )	No ( )		
Types of episiotomy	ML ( )	Median ( )		
Lacerations degree	1 <sup>st</sup> ( )	2 <sup>nd</sup> ( )	3 <sup>rd</sup> ( )	4 <sup>th</sup> ( )
	cervical ( )	Vaginal ( )	Para-urethral ( )	
	Others (specify)			
Lacerations suture	Yes ( )	No ( )		
Local anesthetic given	Yes ( )	No ( )		
Birth outcome				
Sex	Male ( )	Female ( )		
Number of baby	Single ( )	Twins ( )		
Viability	Alive ( )	Stillbirth ( )		
Congenital Abnormalities	Yes ( )	No ( )		
Apgar Score	1st min ( )	5th min ( )		
Blood Gases	PH	Paco2	Pao2	Hco3
Arterial				
Venous				
Resuscitation take place	Yes ( )	No ( )		
Birth Weight	( ) gm			
Length	( ) cm			
Head circumference	( ) cm			
Complete placenta	Yes ( )	No ( )		
Estimated blood loss	( ) ml			

Placenta sent for pathology	Yes ( ) No.( )
Mode of birth	SVD (head) ( )
	Assisted breech delivery ( )
	Vaginal delivery after C/S ( )
	Operative vaginal delivery ( )
	C/S ( ) indication .....
Drugs ( including Anti D)	
Admission to ICU	If Yes ( ) day ( ) reason .....
	No ( )
Mother & newborn contact immediately after birth	Yes ( ) period .....
	No ( ) why? .....
Physician/Midwife name & signature	

### To be filled at the maternity hospital before discharge

Vaccination	Hepatitis B ( ) Other ( )
Baby blood group	
Newborn screening	Metabolic screening Normal ( ) Abnormal ( )
	Hearing screening Normal ( ) Abnormal ( )
	Congenital Heart disease Normal ( ) Abnormal ( )
	if any abnormality what is it?.....
Start of the breast feeding during first hour of life	Yes ( ) NO ( ) why .....
Did the mother explained the right maneuver of breast feeding	Yes ( ) NO ( )
Other Comments	
Physician/Midwife name & signature	



نبارك لك قدوم  
مولودك بالسلامة،،

## الرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية تعد غذاءً كاملاً وآمناً للطفل، وتستطيع كل أم القيام بها، وتبدأ الرضاعة في الساعة الأولى بعد الولادة مباشرة لما لها من أثر إيجابي صحي ونفسي على الأم والطفل. تكون الرضاعة الطبيعية حصرية حتى يبلغ المولود عمر ستة أشهر حيث يؤمن حليب الأم كامل المكونات الغذائية الأساسية التي يحتاجها في هذه المرحلة، ويمكن البدء بالتغذية التكميلية للمولود عند بلوغه ستة أشهر مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية. إن مشاعر الأم الجيدة وشعورها بالثقة بأن حليبها هو الأفضل ويكفي حاجة الطفل يمكنها من إرضاع الطفل أطول فترة ممكنة.

## العناية بالتدني أثناء الرضاعة

- من أهم مثبتات إدرار الحليب هو التوقف عن الرضاعة أو احتقان الثدي بالحليب، فيجب إزالة احتقان الثدي بإرضاع الطفل باستمرار أو عند الطلب أو اعتصار الثدي ليستمر في إنتاج الحليب.
- إذا احتقن الثدي استمري بالرضاعة وضعي عليه كمادات دافئة أو خلال الاستحمام اجعلي تيار الماء الدافئ على الثدي المحتقن مع عمل مساج حتى يتدفق الحليب، وإذا استمر احتقان الثدي استشيريني الطبيب.
- يجب الاعتناء بالتدنيين عند الإرضاع لتجنب التشققات والالتهابات.

## فوائد الرضاعة الطبيعية

- تؤمن العناصر الغذائية التي يحتاجها الطفل.
- تقوي وتعزز مناعة الطفل.
- حليب الأم أسهل بالهضم من الحليب الصناعي.
- تقوي الترابط بين الأم والرضيع.
- تساعد على تقليل النزيف بعد الولادة.
- تساعد الرحم في العودة إلى حجمة الطبيعي.

- تساعد على إنقاص الوزن الزائد المكتسب في الحمل.
- تساعد على المباشرة بين الأعمال.
- تقلل نسبة الإصابة بسرطان الثدي.

## وضعية الرضاعة الطبيعية الصحيحة

تذكري أنه لكي تنجح الرضاعة الطبيعية يجب أن تكون أوضاعها مريحة وصحيحة، وهذه الصور تشرح باختصار بعض الأوضاع الصحيحة للرضاعة الطبيعية



حمل الطفل في وضعية الاستلقاء على الجنب



حمل الطفل في وضعية كرة القدم



حمل الطفل في وضعية المهده المعكوس



حمل الطفل في وضعية المهده



ضعي الطفل بوضعية صحيحة في بداية الرضاعة بحيث يكون صدره ملاصقاً لصدرك ويكون أنفه بعيداً عن بشرة جسمك ليستطيع التنفس.

## زيارات النفاس

### لماذا يجب زيارة الطبيبة أو القابلة بعد الولادة؟



التفاح حول أخذ  
التفاحات اللازمة



فحص ضغط الدم ومستوى  
السكر في الدم في حال  
واجهت الأم مشكلة معه  
أثناء أو بعد الولادة



فحص مكان الجرح في  
حال كانت الولادة قيصرية  
أو حدثت أي تعطلات جراحية



يتصح بزيارة الطبيب في الأسبوع  
الأول وخلال الأسبوعين ٤ و ٦  
بعد الولادة لمراقبة صحة الأم  
ومدى تحسنها



التفاح حول مشاعر  
الأم وصحتها النفسية  
بشكل عام



المنافشة بخصوص  
الإفرازات المهبلية



الاطمئنان على صحة  
الوليد و استمرارية  
الرضاعة الطبيعية



التفاح حول  
وسائل منع  
الحمل

## First Postnatal visit at 1<sup>st</sup> week

<b>Date of visit</b>	...../...../.....
<b>Place of visit</b>	At PHCC ( ) At Home ( )
<b>Time of visit after birth</b>	( ) days
<b>Visit's Cause</b>	Routine ( ) Compliant ( ) What is the compliant?
<b>Delivery and baby outcome</b>	Home delivery ( ) Hospital delivery ( ) Vaginal delivery ( ) Instrumental delivery ( ) Cesarean section ( ) Single ( ) Twins ( ) Term ( ) Preterm ( ) Post-dated ( ) Boy ( ) Girl ( ) Discharged ( ) Admitted in hospital ( ) if yes why?.....
<b>Mother's Assessment</b>	
<b>General assessment</b>	Episiotomy ( ) Perineal tear ( ) Postpartum hemorrhage ( ) Blood transfusion ( ) Urinary complications ( ) Bowel complications ( ) Mood & psychological wellbeing ( ) Other complications (Specify): .....
<b>Red flags assessment</b>	Persistent fever, Breathing difficulty ( ) Prolonged or heavy bleeding ( ) Unilateral leg pain and swelling ( ) Severe headache and vomiting ( ) Postpartum depression ( ) Other res flags (Specify): .....
<b>Any significant history</b> .....	
<b>Clinical Examination</b>	
Pulse ( )	BP ( ) RR ( ) T ( ) Weight ( )
Pallor	
Breast examination	
Cardiovascular examination	
Respiratory examination	
Abdomen/Uterus	
Perineum	
Lower limb	





Peripheral or central cyanosis	
Cataracts	
Dimorphism	
Cleft lip/palate	
Muscle tone	
Neonatal reflexes	
Murmur	
Hepatomegaly	
Splenomegaly	
Abdominal masses	
Umbilicus	
External genital organs	
Limbs	
Hips	
Anal orifice	
<b>Special investigation if needed &amp; its result.</b>	
<b>Immunization/Treatment</b>	
<b>Health Education</b>	
Reassurance on breast feeding	
Healthy diet & exercise	
Breast care	
Wound care	
Umbilical cord care	
Sleeping position for newborn	
Neonatal jaunice	
Educate about Post natal compli- cations as ( UTI, mastitis, breast abscess, anemia, puerperal sep- sis, post partum blue & depres- sion , DVT.....etc	

Next appointment Between ( 4 <sup>th</sup> -6 <sup>th</sup> ) weeks from birth	
Physician/Midwife name & signature	

## Second Postnatal visit the (4<sup>th</sup> - 6<sup>th</sup>) weeks

Date of Visit	...../...../.....
Time of Visit after birth	(    ) Weeks

### Mother's Assessment

<b>Visit's Cause</b>	Routine (    )
	Compliant (    )
	What is the compliant?..... .....

**Any significant history** .....

.....

### Clinical Examination

Pulse (    )	BP (    )	RR (    )	T (    )	Weight (    )
Pallor				
Breast examination				
Cardiovascular system				
Respiratory system				
Abdomen/ Uterus				
Lower limb				

**Special investigation if needed & its result:**

.....

**Immunization/Treatment**

.....

### Infant Assessment ( It will be through child health passport at well baby clinic )

**Health Education**

Reassurance on breast feeding	
-------------------------------	--

Healthy diet & exercise	
Family planning	
Vaccination of baby at age of ( 2 ) months & importance of well baby clinic visits	
Reassurance on infantile colic if there is no red flags	
Physician/Midwife name & signature	

## ملخص تقارير الإحالة والتغذية الراجعة

Summary of Referral and Feedback Reports				
Date of Refer	Referral Cause	Referral Hospital	Date of Feedback	Feedback Report

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 / ..... / رقم الهوية /  
 Age..... / العمر / ..... / رقم الملف الصحي /  
 Sex  أنثى  ذكر / الجنس / ..... / رقم الهاتف/الجوال /  
 F M / ..... / 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 referra	
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	
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"/> الفحص العام	
Stamp & Sign of treating Physician		Stamp & Sign of technical director				ختم الطبيب المعالج وتوقيعه / 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.....



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)  الجنسية/ س ..... / رقم الهوية /  
 Age..... / العمر / ..... / رقم الملف الصحي /  
 Sex  أنثى  ذكر / الجنس / ..... / رقم الهاتف/الجوال .....  
 F M ..... / 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 referra	
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 أخر 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	
Other (Define) .....		أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>		Upon Patient's Request <input type="checkbox"/>		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 للشؤون 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)  الجنسية/ س / رقم الهوية /  
Age..... العمر / رقم الملف الصحي /  
Sex  أنثى  ذكر / الجنس / رقم الهاتف/الجوال .....  
F M / 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 referra	
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 أخر 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	
Other (Define) .....		أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>		Upon Patient's Request <input type="checkbox"/>		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 للشؤون 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

.....  
.....

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



## عزيزتي الأم..

لضمان الاستخدام الأفضل لهذه الوثيقة، نأمل اتباع الإرشادات الآتية:

- العناية بالجواز والاحتفاظ به في مكان آمن.
- الالتزام التام بمواعيد الزيارة، وإبرازه عند زيارة أي مرفق صحي.
- الاستفادة من الرسائل التوعوية المتضمنة داخل الجواز واتباع نصائح الفريق الصحي.