



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
- **المرحلة الأولى:** التسجيل وأخذ التاريخ الطبي والعائلي وتاريخ
الحمل والولادة وعمل الفحص السريري عند الولادة
- 8 التاريخ العائلي والولادة
- 8 تاريخ الولادة والفحص السريري بعد الولادة
- 9 التاريخ الطبي للطفل
- 11 **المرحلة الثانية:** من (1-4) أسابيع بعد الولادة
- 12 الزيارة الأولى بعد الولادة في الأسبوع الأول
- 12 الزيارة الثانية: بعد الولادة في الأسبوع الرابع
- 13 **المرحلة الثالثة:** من سن الشهرين- (٥) سنوات
- 14 الزيارة الأولى عند سن الشهرين
- 14 الزيارة الثانية عند سن (4) أشهر
- 18 الزيارة الثالثة عند سن (6) أشهر
- 21 العناية بصحة فم وأسنان الرضيع
- 25 الزيارة الرابعة عند سن (9) أشهر
- 26 الزيارة الخامسة عند سن (12) شهر
- 30 الزيارة السادسة عند سن (18) شهر
- 33 الزيارة السابعة عند سن السنتين
- 36

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



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

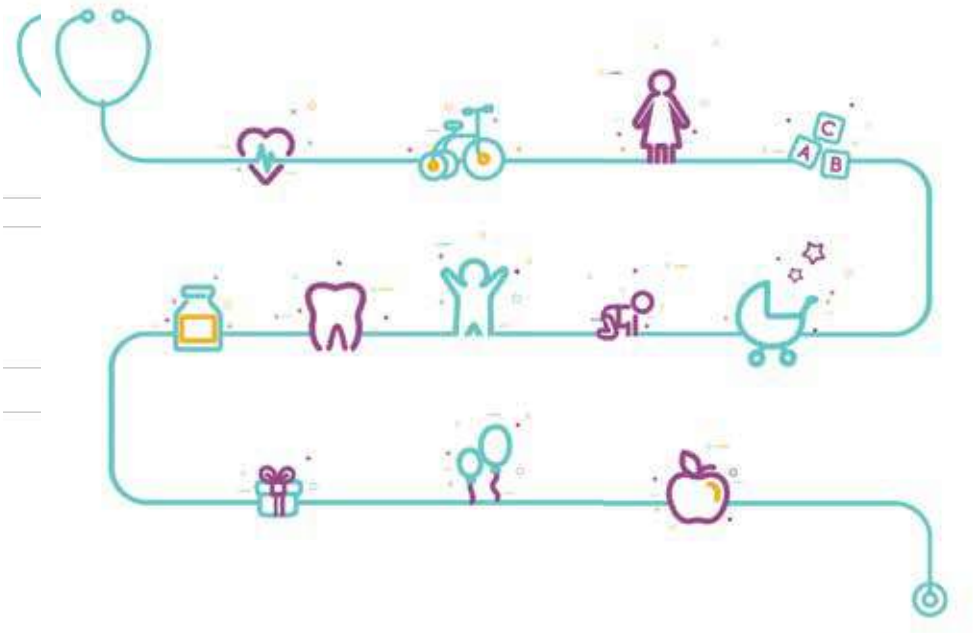
سجل
متنقل بين
المستفيد
ومقدم الخدمة
الصحية

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)

Family and Obstetric History		
Obstetric History	No	Yes
Drugs If yes specify.....		
Rays		
Birth weight of last baby < 2500 g		
Birth weight of last baby > 4500 g		
Last pregnancy hospital admission for hypertension or preeclampsia / eclampsia		
General Medical History	NO	Yes
Diabetes mellitus		
Hypertension		
Cardiac disease		
T.B.		
Renal disease		
Congenital abnormalities		
Genetic Disorders		
Metabolic Diseases		
other diseases		
Psychological History	No	Yes
Depression		
Anxiety		
Other		
Social History		
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 () cigarette/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)					
Screening Tests	Test done		Test result		Comment
Newborn screening for Metabolic disorders and Hereditary diseases	Yes	No	Normal	Abnormal	
Newborn Hearing Screeing test					
Newborn Congenital Heart diseases Screening test					

Birth's Clinical Examination

Clinical Examination	Normal	Abnormal	Comments
Cyanosis			
Dyspnea			
Jaundice			
Skin			
Reflexes			
Red Reflexe			
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)			
Health's Problems/ Injuries			
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 1st 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
Clinical Examination	
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	
Physician's name: signature: Date:	

Second Postnatal Visit at 4th 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
Clinical Examination	
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	
Physician's name: signature: Date:	

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

First visit at age 2 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:
Nurse's assessment	
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 () RED FLAGS AT 2 MONTHS OF AGE: ☐ Does not respond to loud sounds ☐ Does not watch things as they move ☐ Does not smile at people ☐ Does not bring hands to mouth ☐ Cannot hold head up when pushing up when on tummy
Doctor's assessment	
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: ☐ Family History of retinoblastoma (at any age) ☐ Parental concern regarding white pupil

Hearing	Normal () Abnormal () If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Parental concern regarding ability to respond to sounds ☐ History suggestive of neonatal hypoxemia ☐ History of neonatal hyperbilirubinemia
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanel:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal:
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES____ Rash: ☐ NO ☐ YES
MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)

NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : ☐ Present:(☐ Symmetrical ☐ Asymmetrical) ☐ Absent II. The Palmar Reflex : ☐ Present ☐ Absent III. The Rooting Reflex : ☐ Present ☐ Absent IV. Spinal Galant : ☐ Present ☐ Absent
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention:	
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	
Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS- MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B:..... ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ 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:
Nurse's assessment	
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 () RED FLAGS: ☐ Does not watch things as they move ☐ Cannot hold head steady ☐ Does not smile at people ☐ Does not coo or make sounds ☐ Does not bring hands to mouth ☐ Does not push down with legs when feet are placed on a hard surface
Doctor's assessment	
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: ☐ Family History of retinoblastoma (at any age) ☐ Parental concern regarding white pupil

Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Parental concern regarding ability to respond to sounds ☐ History suggestive of neonatal hypoxemia ☐ History of neonatal hyperbilirubinemia
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanels:	() Normal () Not:
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES____ Rash: ☐ NO ☐ YES
MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (●Spina bifida ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : ☐ Present:(☐ Symmetrical ☐ Asymmetrical) ☐ Absent II. The Palmar Reflex : ☐ Present ☐ Absent III. The Rooting Reflex : ☐ Present ☐ Absent IV. Spinal Galant : ☐ Present ☐ Absent

Results of Physical Assessment		Normal ()	Abnormal (), Mention:
.....			
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()			
Exposure to Risk Factors			
RISK ASSESS- MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B: ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ 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	Yes () No (), Why:
Update	Reference number of HESN:
Nurse's assessment	
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 () RED FLAGS: ☐ Does not try to get things that are in reach ☐ Shows no affection for caregivers ☐ Does not respond to sounds around him/her ☐ Has difficulty getting things to mouth ☐ Does not make vowel sounds ("ah", "ell", Oh) ☐ Does not roll over in either direction ☐ Does not laugh or make squealing sounds ☐ Seems very stiff, with tight muscles ☐ Does not bear weight on legs with support ☐ Seems very floppy, like a rag do
Doctor's assessment	
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: ☐ Family History of retinoblastoma (at any age) ☐ Parental concern regarding white pupil

Hearing	Normal () Abnormal () If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Parental concern regarding ability to respond to sounds ☐ History suggestive of neonatal hypoxemia ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanel:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES____ Rash: ☐ NO ☐ YES
MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal, Specify Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)

NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : ☐ Present (☐ Symmetrical ☐ Asymmetrical) ☐ Absent II. The Palmar Reflex : ☐ Present ☐ Absent III. The Rooting Reflex : ☐ Present ☐ Absent IV. Spinal Galant : ☐ Present ☐ Absent
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention:	
.....	
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	
Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS- MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B: ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ 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 الرضع مع بعض الآلام والانزعاج مع زيادة إفراز اللعاب وخروجه من الفم، ولتخفيف تلك الأعراض ينصح باستخدام حلقات التسنين المختلفة، ويفضل استخدام 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	Yes () No (), Why:		
Update	Reference number of HESN:		
Nurse's assessment			
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 () RED FLAGS: ☐ Does not sit with help ☐ Does not look where you point ☐ Does not respond to own name ☐ Does not play any games involving back and forth play ☐ Does not say single words like “ma-ma” or “da-da” ☐ Does not seem to recognize familiar people ☐ Does not transfer toys from his/her hand to others		
Doctor's assessment			
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: ☐ Family History of retinoblastoma (at any age) ☐ Parental concern regarding white pupil		

Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Parental concern regarding ability to respond to sounds ☐ History suggestive of neonatal hypoxemia ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanel:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES,..... Rash: ☐ NO ☐ YES
MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)

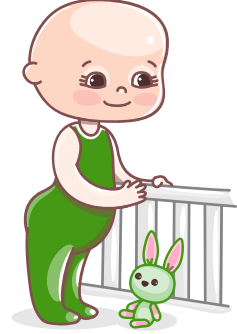
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES 5. Primitive Reflexes: I. The Moro Reflex : ☐ Present:(☐ Symmetrical ☐ Asymmetrical) ☐ Absent II. The Palmar Reflex : ☐ Present ☐ Absent III. The Rooting Reflex : ☐ Present ☐ Absent IV. Spinal Galant : ☐ Present ☐ Absent
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 ☐ A: ☐ B:..... ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ NO
Next visit's date:	
Physician's name: signature: Date:	



يحرك الأشياء
الصغيرة بين يديه
بإنسيابية



الجلوس دون
مساعدة أحد



اتخاذ وضعية
الوقوف بالإستناد
بالأشياء



تقليد الأصوات
والإيماءات للآخرين

٩
أشهر



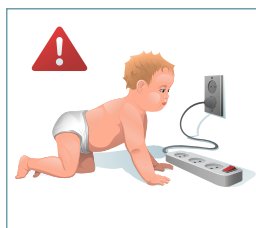
يضع الأشياء في
فمه

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:
Nurse's assessment	
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 () RED FLAGS: ☐ Does not crawl ☐ Does not stand when supported ☐ Does not search for things that he/she see you hide ☐ Does not point to things ☐ Does not say single words like “ma-ma” or “da-da”
Doctor's assessment	
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: ☐ Family History of retinoblastoma (at any age) ☐ Parental concern regarding white pupil
Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Parental concern regarding ability to respond to sounds ☐ History suggestive of neonatal hypoxemia ☐ 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 ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES Rash: ☐ NO ☐ YES
MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention: If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	

Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS- MENT:	☐ () No risk ☐ () with risk ☐ A: ☐ B: ☐ 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 Investi- gations (If found)	
Treatment (If found)	
Overall Findings/ Plan	☐ () Normal ☐ () Abnormal findings: PLAN: ☐ Follow-up ☐ Medication..... ☐ Health Education:..... ☐ Referral: ☐ YES ☐ NO
Next visit's date:	
Physician's name: signature: Date:	



توفير بيئة آمنة للطفل في هذا
العمر لأنه يميل لاستكشاف ما حوله مع
إبعاد الأدوات الخطرة عن متناوله وتغطية
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	Yes () No (), Why:
Update	Reference number of HESN:
Nurse's assessment	
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..... (Data Should be registered in the Denver Form page 68) If Abnormal, What is the action taken? Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Does not point to show things to others ☐ Does not gain new words ☐ Cannot walk ☐ Does not have at least six words ☐ Does not know what familiar things are for ☐ Loses skills they once had ☐ Does not copy others ☐ Does not notice or mind when a caregiver leaves or returns
Doctor's assessment	
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: ☐ Family History of retinoblastoma ☐ Neurodevelopment delay ☐ Poor tracking ☐ Parental concern raised regarding white pupil ☐ Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time

Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Neonatal CMV Infection ☐ Parenteral concern regarding ability to respond to sounds ☐ Head trauma ☐ History of suggestive of neonatal hypoxemia ☐ History of bacterial meningitis ☐ History of neonatal hyperbilirubinemia ☐ Exposure to ototoxic medication ☐ Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanel:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES Rash: ☐ NO ☐ YES

MUSCULOSKELETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ 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 ☐ A: ☐ B:..... ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ 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:		
Nurse's assessment			
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: ☐ Does not use two-word phrases (e.g., "drink milk") ☐ Does not walk steadily ☐ Does not know what to do with common things, like ☐ Loses skills they once had brush, phone, fork, spoon ☐ Does not follow simple instructions ☐ Does not copy actions and words		
Doctor's assessment			
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: ☐ Family History of retinoblastoma ☐ Neurodevelopment delay ☐ Parental concern raised regarding white pupil ☐ Poor tracking ☐ Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time		

Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Neonatal CMV Infection ☐ Parenteral concern regarding ability to respond to sounds ☐ Head trauma ☐ History of suggestive of neonatal hypoxemia ☐ History of bacterial meningitis ☐ History of neonatal hyperbilirubinemia ☐ Exposure to ototoxic medication ☐ Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanel:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES Rash: ☐ NO ☐ YES

MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (●Spina bifida ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hyptoniao ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention:	
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	
Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS-MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B:..... ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ 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:
Nurse's assessment	
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..... (Data Should be registered in the Denver Form page 68) If Abnormal, What is the action taken? Referral () Follow Up () RED FLAGS AT 24 MONTHS OF AGE: ☐ Falls down a lot or have trouble with stairs ☐ Does not speak in sentences ☐ Drools or have very unclear speech ☐ Does not make eye contact ☐ Does not understand simple instructions ☐ Loses skills they once had ☐ Does not play, pretend, or make-believe ☐ Cannot work simple toys (such as peg boards, simple puzzles, turning handle ☐ Does not want to play with other children or with toys
Doctor's assessment	
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 BIRTH ONWARDS: ☐ Family History of retinoblastoma ☐ Neurodevelopment delay ☐ Parental concern raised regarding white pupil ☐ Poor tracking ☐ Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time

Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Parental concern regarding ability to respond to sounds ☐ History suggestive of neonatal hypoxemia ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanel:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES____ Rash: ☐ NO ☐ YES

MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (●Spina bifida ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention:	
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	
Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS-MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B: ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education: ☐ Referral: ☐ YES ☐ NO
Next visit's date:	
Physician's name: signature: Date:	



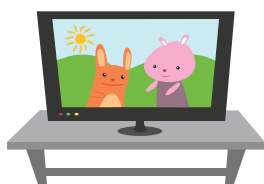
عند ظهور أي أعراض مرضية على الطفل
أو إصابة الطفل بالتهابات أو تضخم اللوز
واللحمية يجب مراجعة الطبيب، مع
المحافظة على إعطائه السوائل الكافية.

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:
Nurse's assessment	
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..... (Data Should be registered in the Denver Form page 68) If Abnormal, What is the action taken? Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Cannot jump in place ☐ Does not follow three-part command ☐ Has trouble scribbling ☐ Cannot retell a favorite story ☐ Resist dressing, sleeping, and using the toilet ☐ Speaks unclearly ☐ Does not use "me" and "you" correctly ☐ Loses skills they once had ☐ Does not understand "same" and "different" ☐ Show no interest in interactive games or make-believes ☐ Ignores other children or do not respond to people outside the family
Doctor's assessment	
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 BIRTH ONWARDS: ☐ Family History of retinoblastoma ☐ Neurodevelopment delay ☐ Parental concern raised regarding white pupil ☐ Poor tracking ☐ Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time

Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Neonatal CMV Infection ☐ Parenteral concern regarding ability to respond to sounds ☐ Head trauma ☐ History of suggestive of neonatal hypoxemia ☐ History of bacterial meningitis ☐ Exposure to ototoxic medication ☐ History of neonatal hyperbilirubinemia ☐ Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanels:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES Rash: ☐ NO ☐ YES

MUSCULOSKEL-ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (•Spina bifida •Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention:	
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	
Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS-MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B:..... ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education:..... ☐ Referral: ☐ YES ☐ 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 ()
Nurse's assessment	
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..... (Data Should be registered in the Denver Form page 68) If Abnormal, What is the action taken? Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Does not show a wide range of emotions ☐ Cannot give first and last name ☐ Cannot tell what is real and what is make-believe ☐ Cannot draw pictures ☐ Does not talk about daily activities and experiences ☐ Loses skills they once had ☐ Does not play a variety of games and activities ☐ Does not use plurals or past tense properly ☐ Does not respond to people, or responds only superficially ☐ Cannot brush teeth, wash and dry hands, or get undressed without help ☐ Shows extreme behavior (unusually fearful, aggressive shy, or sad): • Usually withdrawn and not active • Is easily distracted, has trouble focusing on one activity for more than 5 min

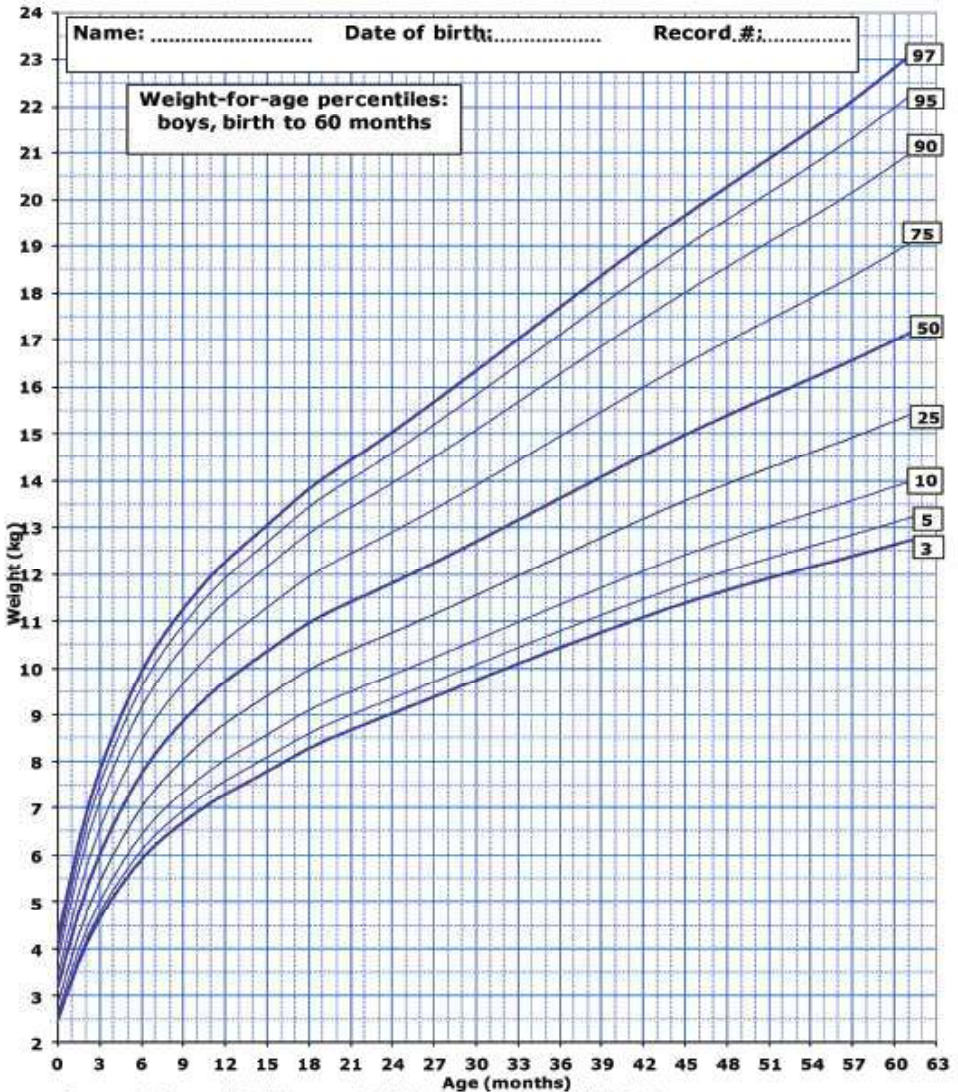
Doctor's assessment	
Vision	Squint : Present () Absent () Eye Reflex (Corneal): Normal () Abnormal () Eye Reflex (Red): Normal () Abnormal () Abnormality detected: If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS BIRTH ONWARDS: ☐ Family History of retinoblastoma ☐ Neurodevelopment delay ☐ Parental concern raised regarding white pupil ☐ Poor tracking ☐ Persistent or occasional eye deviation or strabismus at any time
Hearing	Normal () Abnormal (), Specify If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up () RED FLAGS: ☐ Family history of deafness ☐ Neonatal CMV Infection ☐ Parenteral concern regarding ability to respond to sounds ☐ Head trauma ☐ History of suggestive of neonatal hypoxemia ☐ History of bacterial meningitis ☐ Exposure to ototoxic medication ☐ History of neonatal hyperbilirubinemia ☐ Parent express concern of hearing problem, language, or developmental delay. ☐ 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:
Physical Assessment	
General Appearance:	() Normal () Abnormal (specify):
Head /Fontanels:	() Normal () Abnormal, Specify
EYE:	() Normal () Abnormal ☐ Abnormal red reflex ☐ Nystagmus ☐ Persistent strabismus ☐ Corneal opacities ☐ Cataracts ☐ 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: ☐ NOT ☐ YES,.....
RESP. SYSTEM	() Normal () Abnormal, Specify
HERNIA:	() NO () YES
GENITALIA:	() Normal () Abnormal, Specify
SKIN:	Colour: ☐ Normal ☐ Abnormal, Pigmentation: ☐ NO ☐ YES____ Rash: ☐ NO ☐ YES
MUSCULOSKEL- ETAL:	☐ Normal ☐ Abnormal Hip: ☐ Normal ☐ Dislocation BACK: ☐ Normal ☐ Abnormal (●Spina bifida ●Scoliosis)
NEUROLOGICAL SYSTEM:	1. Tone: ☐ Normal ☐ Hypotonia ☐ Hypertonia 2. Power: ☐ Normal ☐ Abnormal, Specify 3. Reflex: ☐ Normal ☐ Hyporeflexia ☐ Hyperreflexia 4. Symmetry of Movement: ☐ NO ☐ YES
Results of Physical Assessment Normal () Abnormal (), Mention:	
If Abnormal, What is the action taken: Referral () Follow Up ()	
Exposure to Risk Factors	
RISK ASSESS- MENT:	() No risk () with risk ☐ A: ☐ B:..... ☐ 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: ☐ Follow-up ☐ Medication ☐ Health Education:..... ☐ Referral: ☐ YES ☐ NO
Next visit's date:	
Physician's name: signature: Date:	

طفلك مسئوليتك فاحرصي
على الاهتمام والعناية به

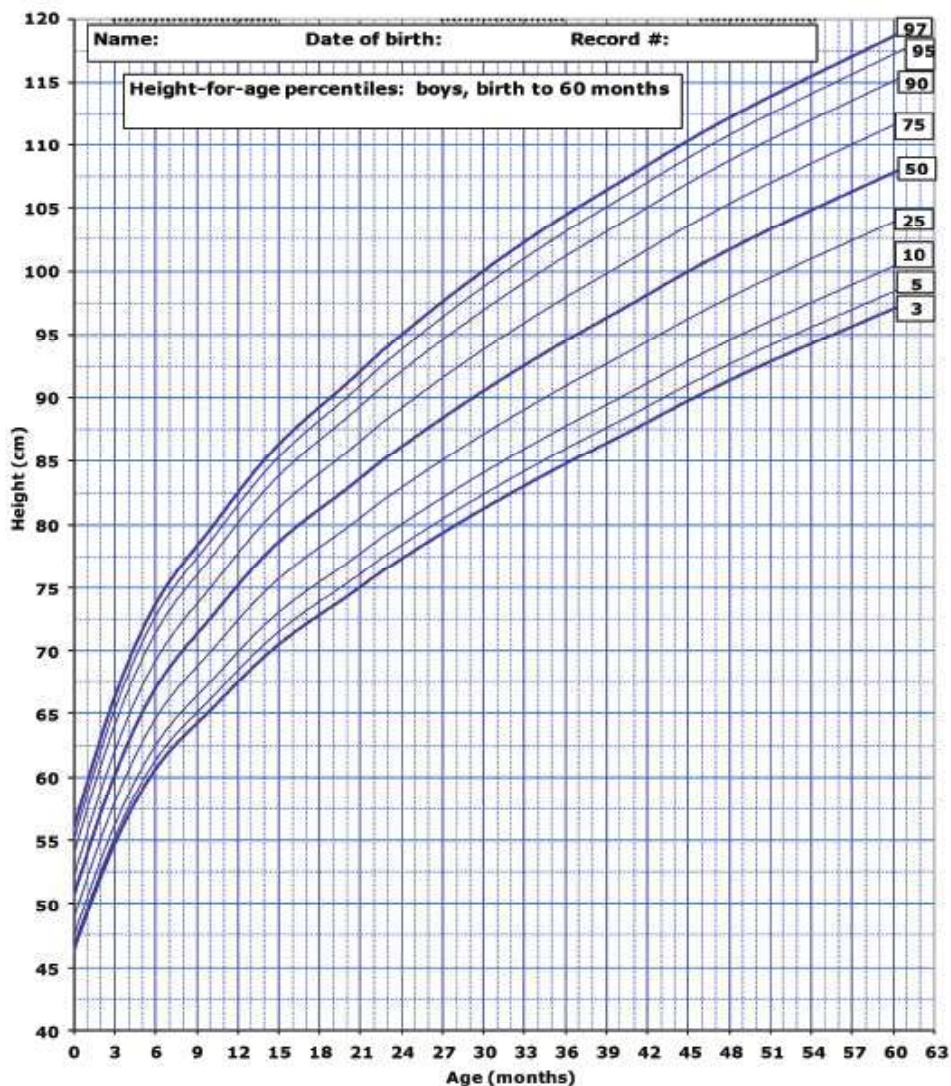


Weight-for-age percentiles: boys, birth to 60 months



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.

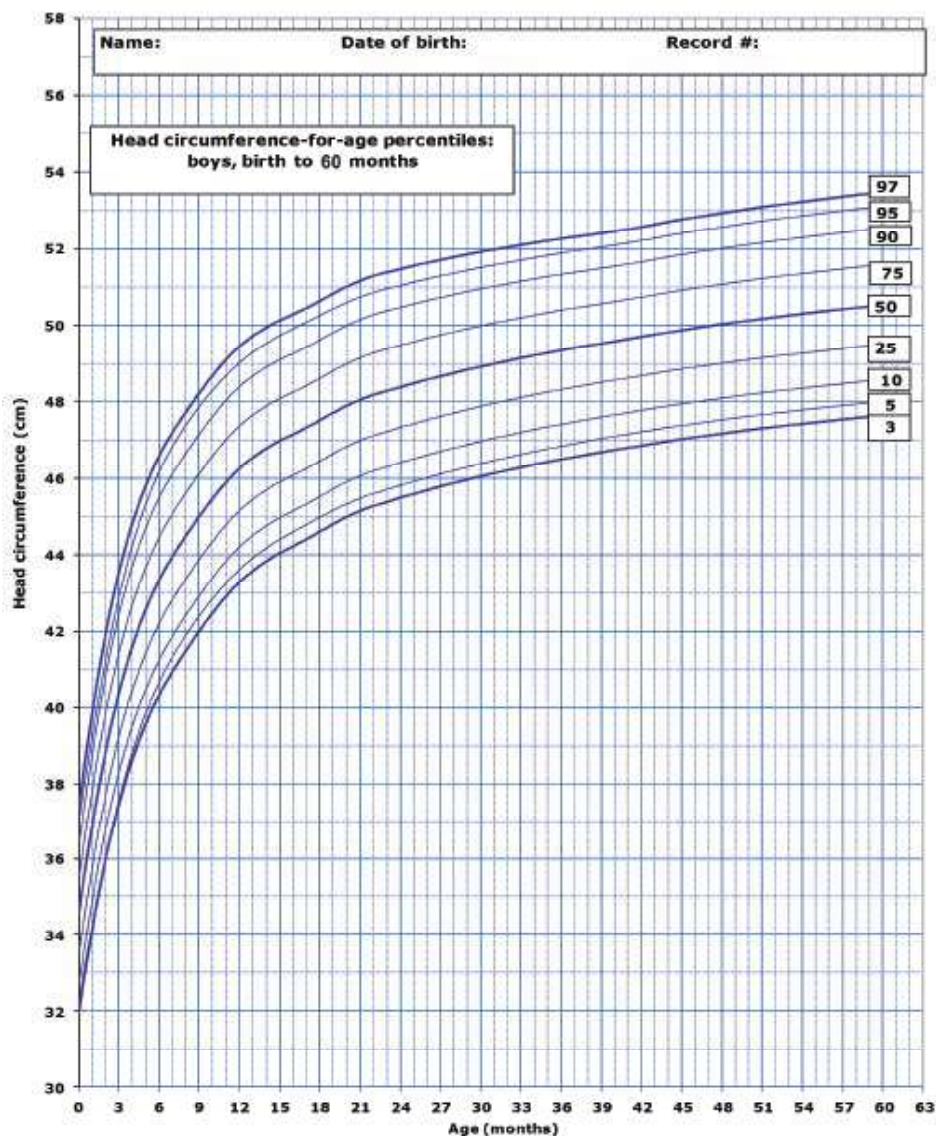
Height-for-age percentiles: boys, birth to 60 months



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.

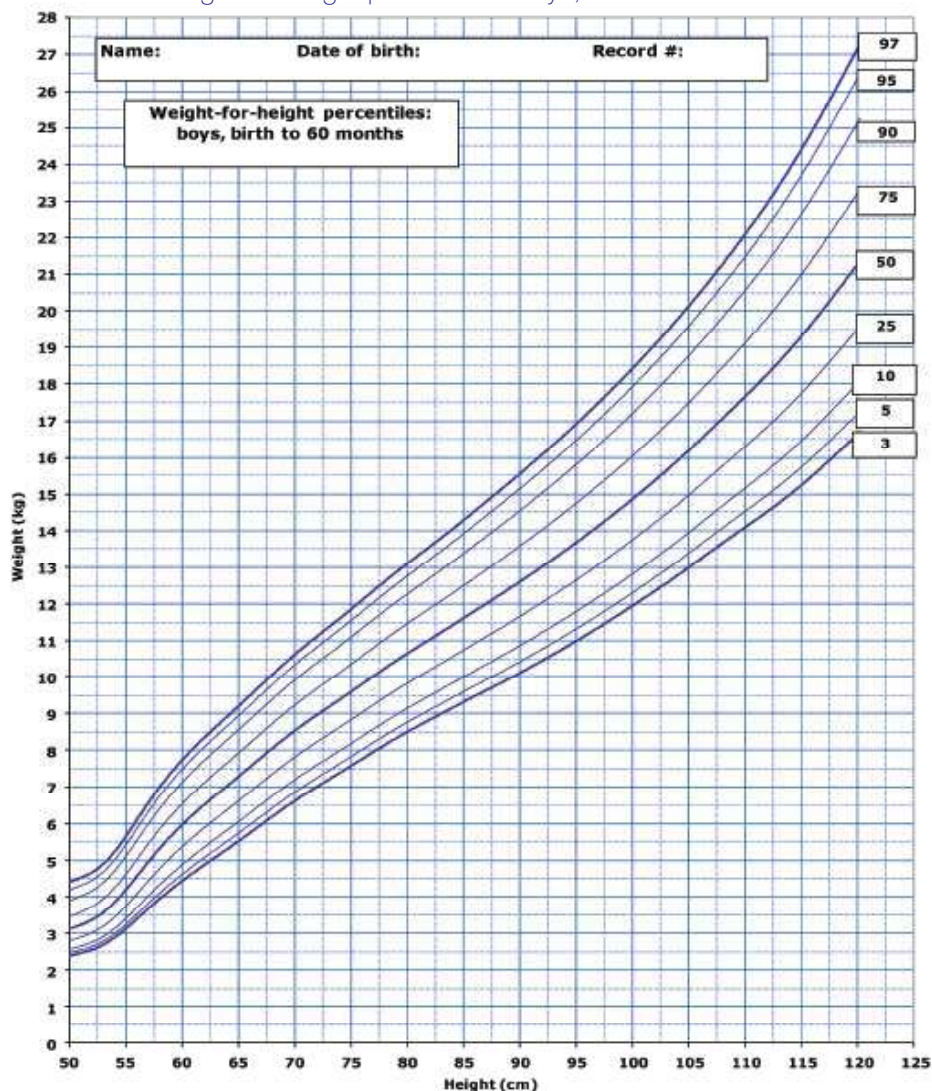
Head circumference-for-age percentiles: boys, birth to 60 months



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.

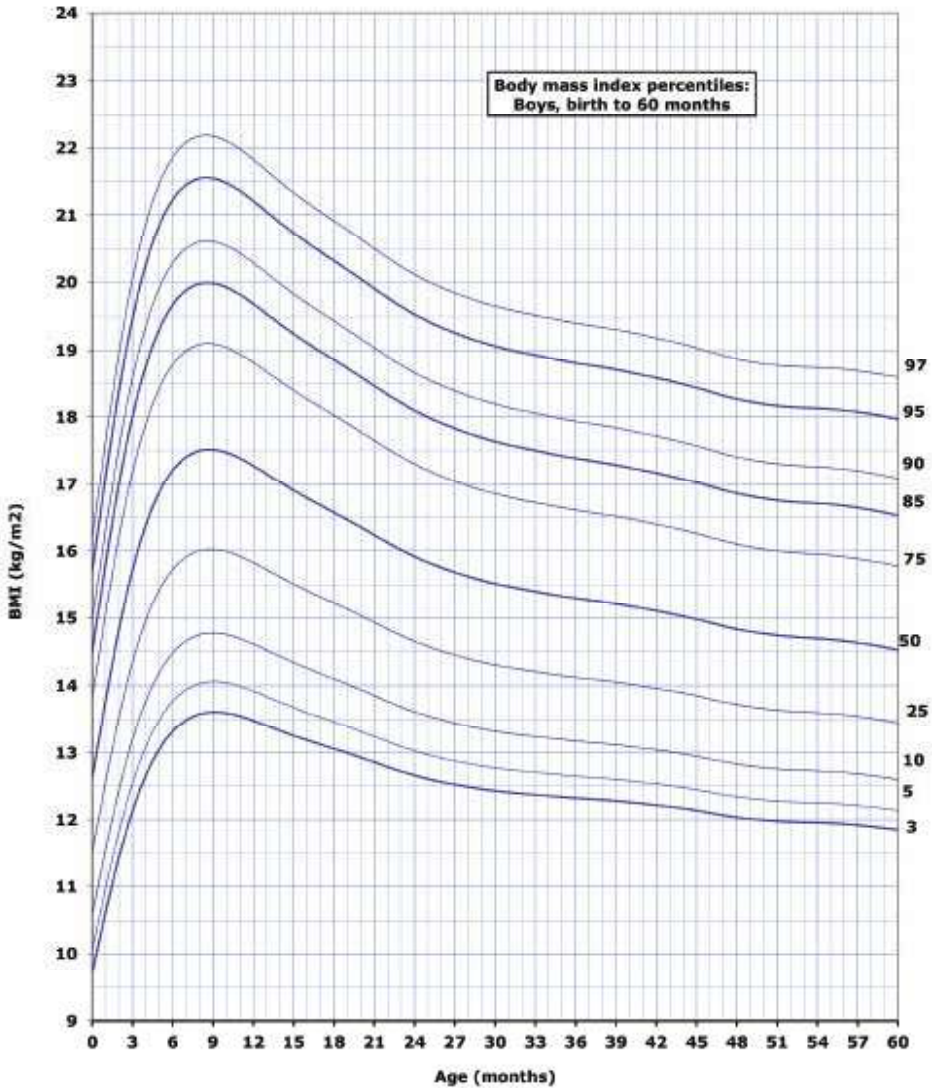
Weight-for-height percentiles: Boys, birth to 60 months



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.

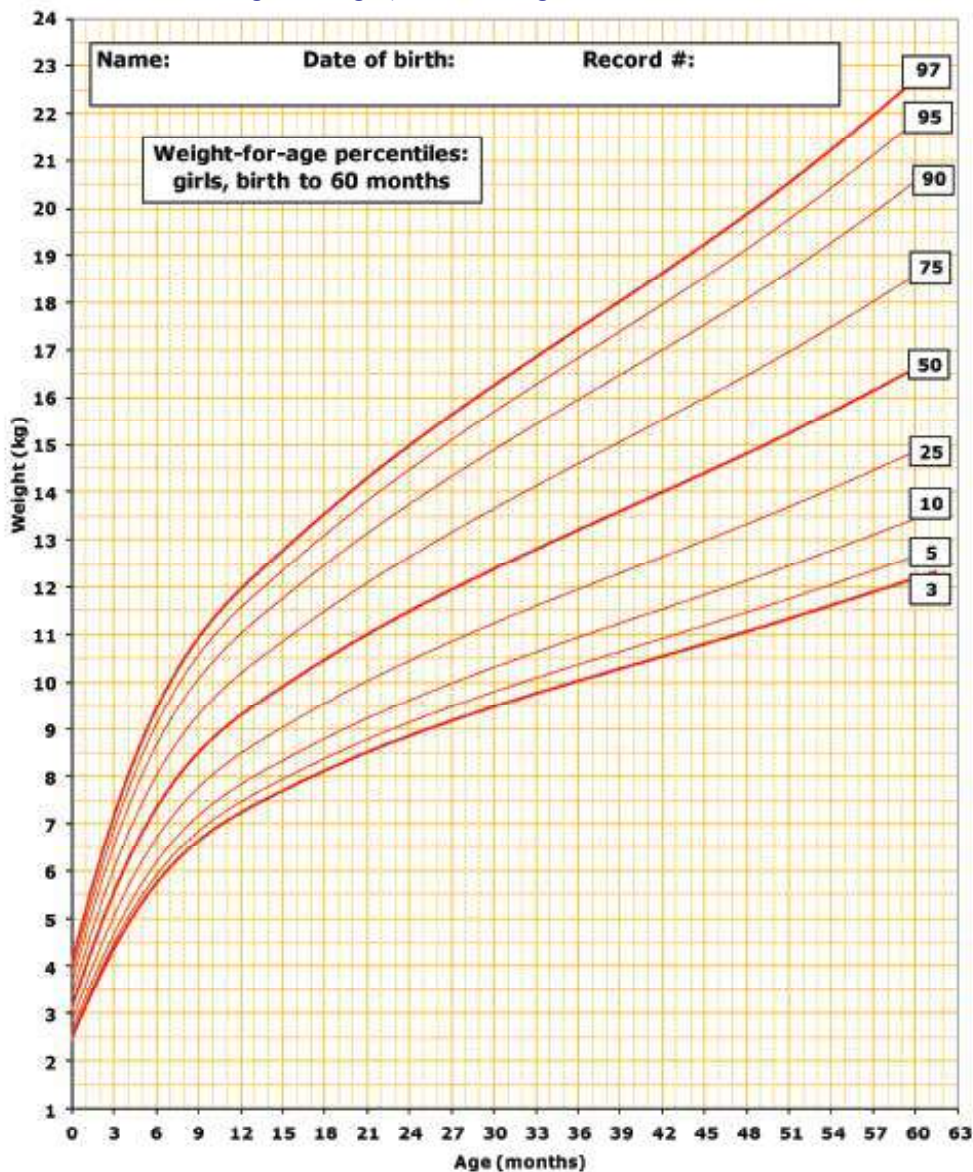
NB: The age is based on Gregorian calendar.

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.

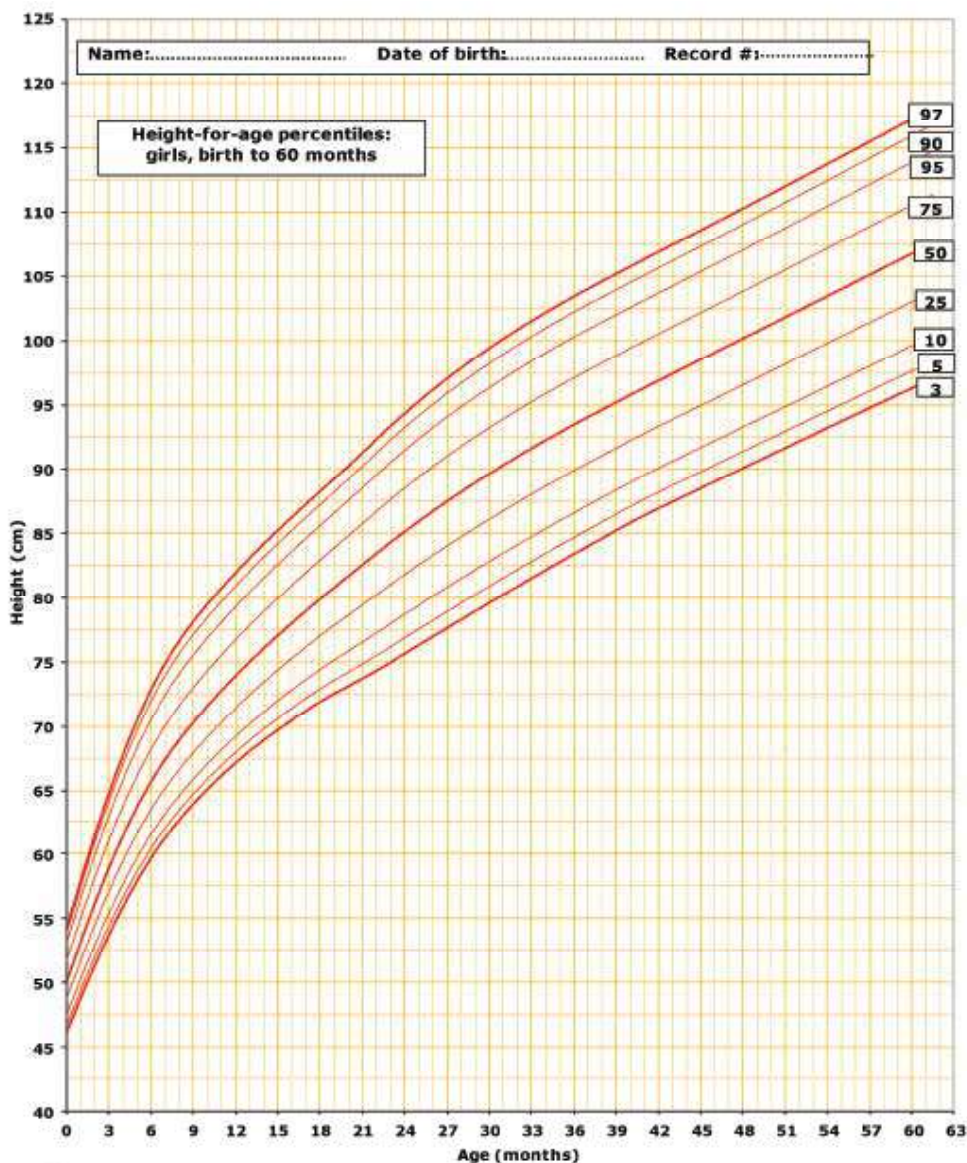
Weight-for-age percentiles: girls, birth to 60 months



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.

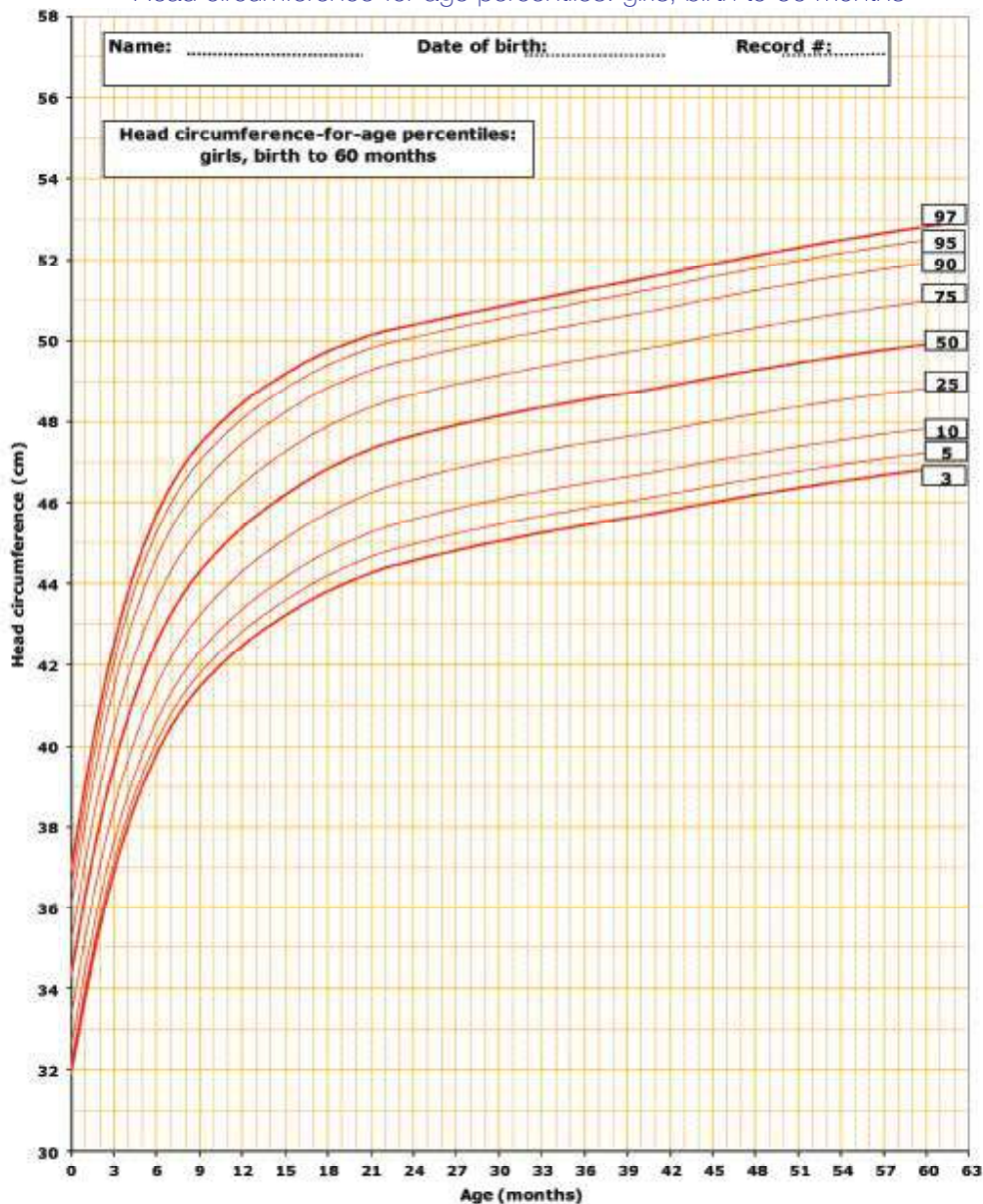
Height-for-age percentiles: girls, birth to 60 months



Source: Mohammad I. El Mouzan, 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.

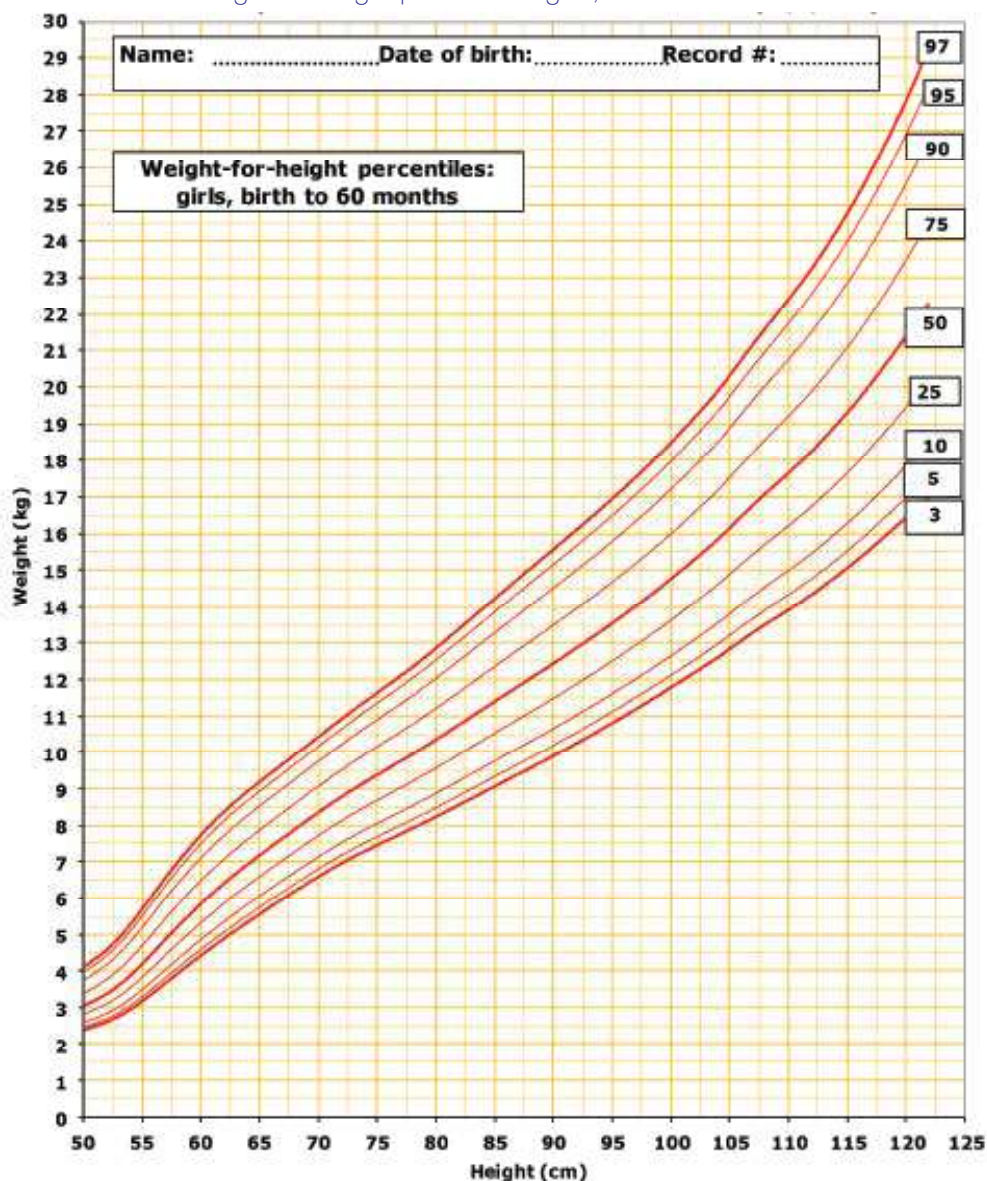
Head circumference-for-age percentiles: girls, birth to 60 months



Source: Mohammad I. El Mouzan, 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.

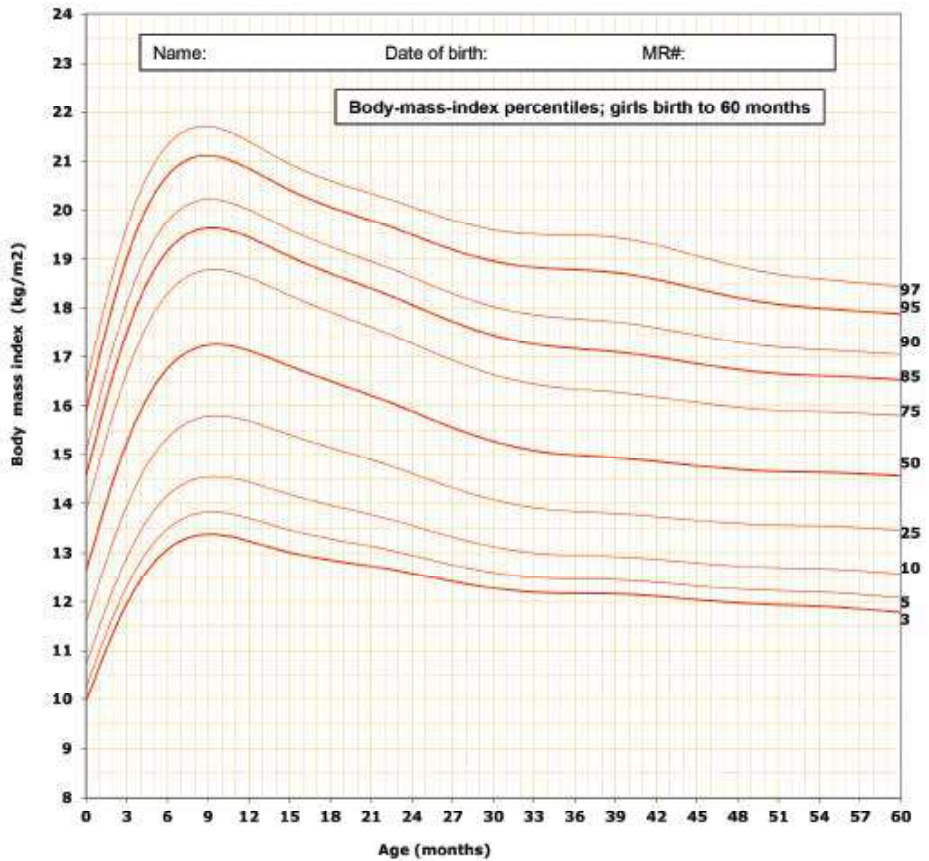
Weight-for-height percentiles: girls, birth to 60 months



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.



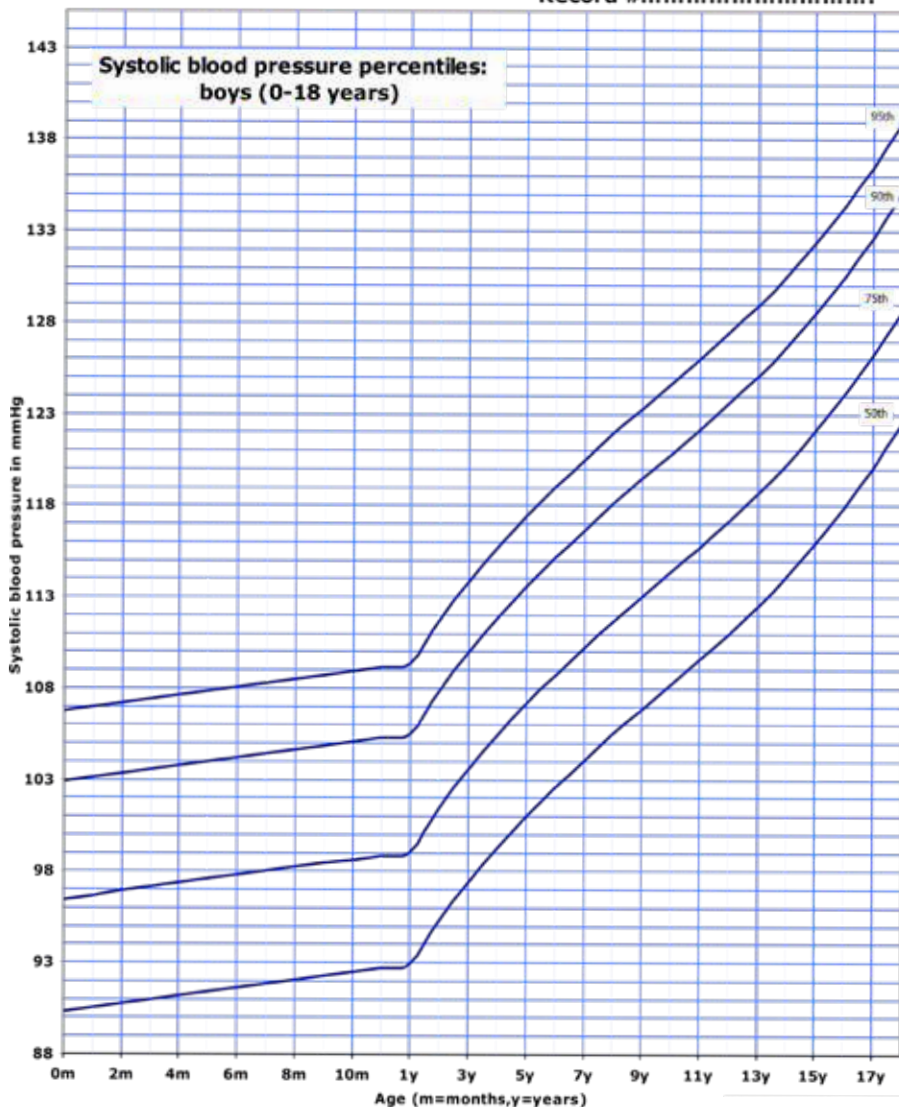
Source: Mohammad El Mouzan, Abdullah Al Herbish, Abdullah Al Salloum, Ahmad Al Omar, Mansour Alqurashi, KACST (AR-20-63).

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

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

Name:.....

Record #.....

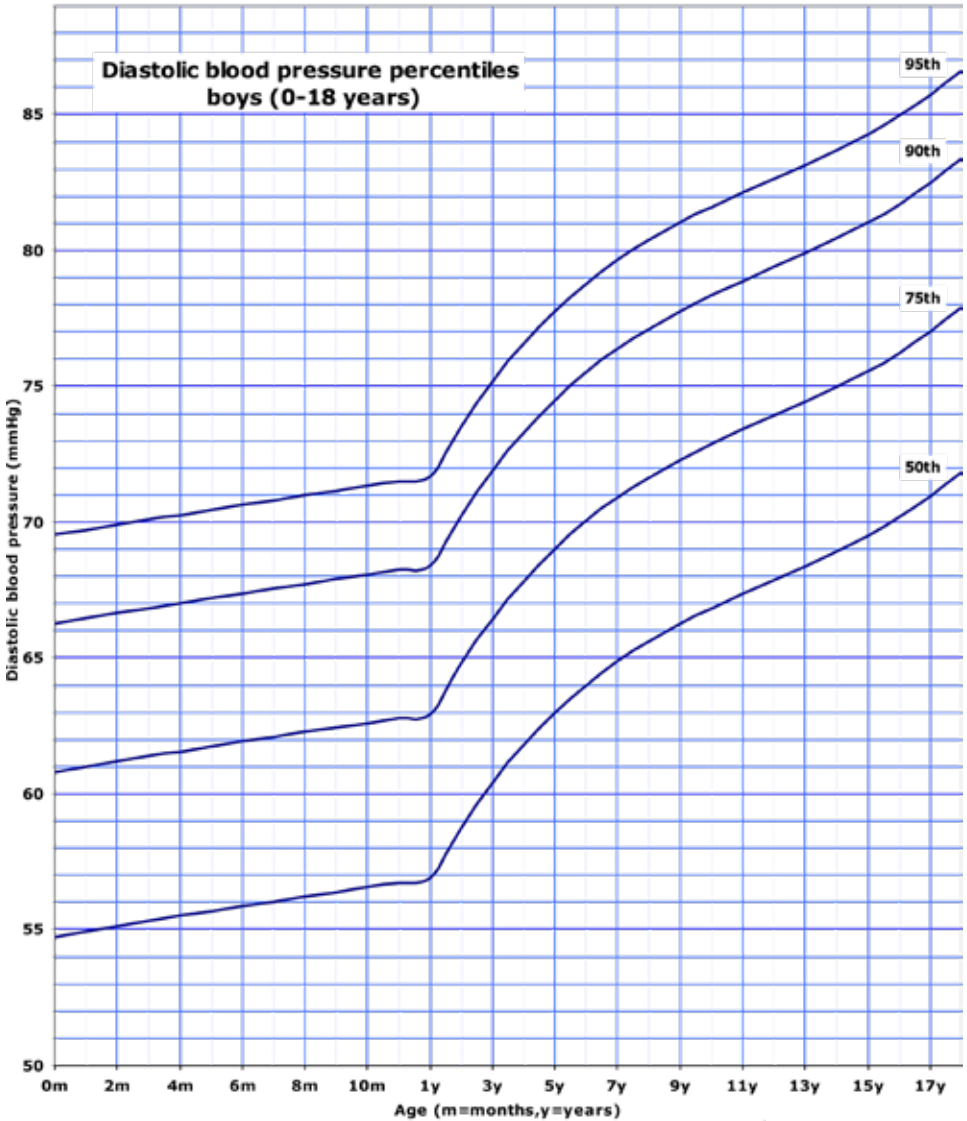


Source: Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007, Riyadh, KSA.

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

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

Name:.....
Record #:



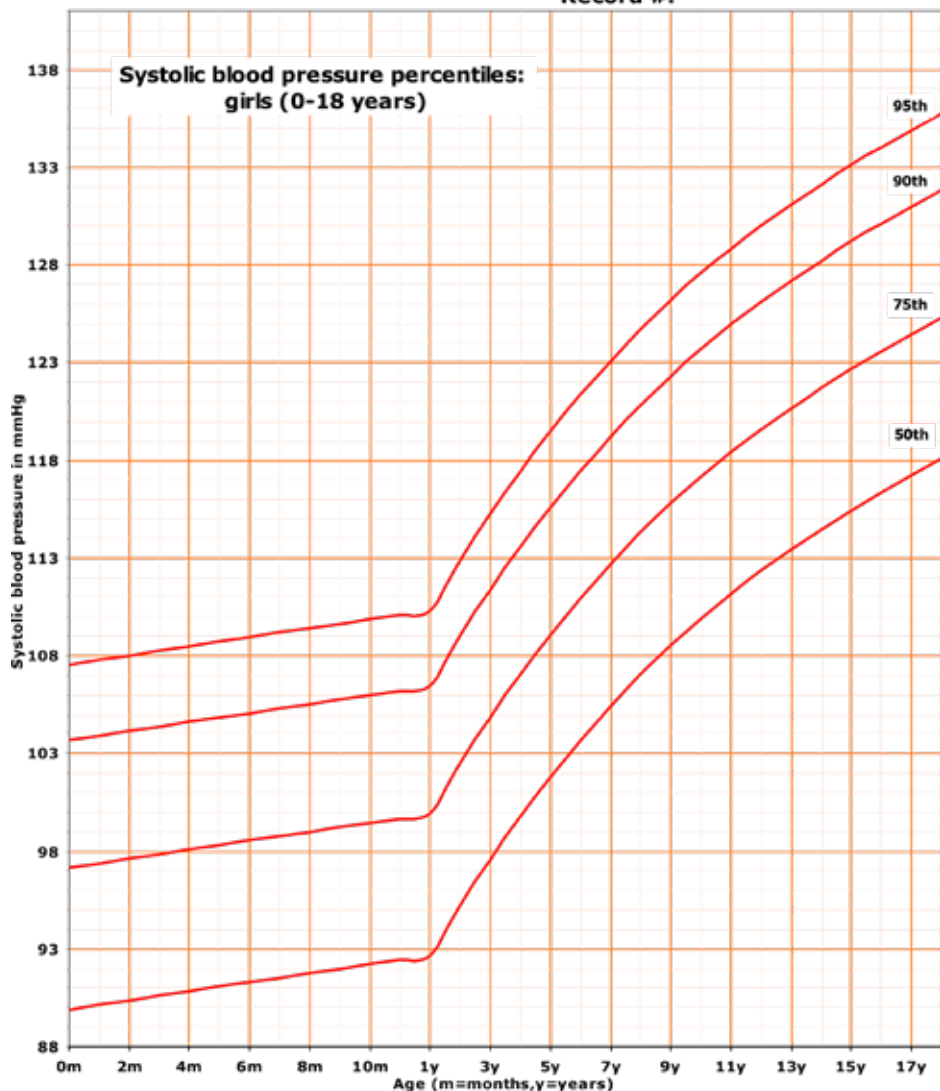
Source: Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007, Riyadh, KSA.

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

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

Name:.....

Record #:



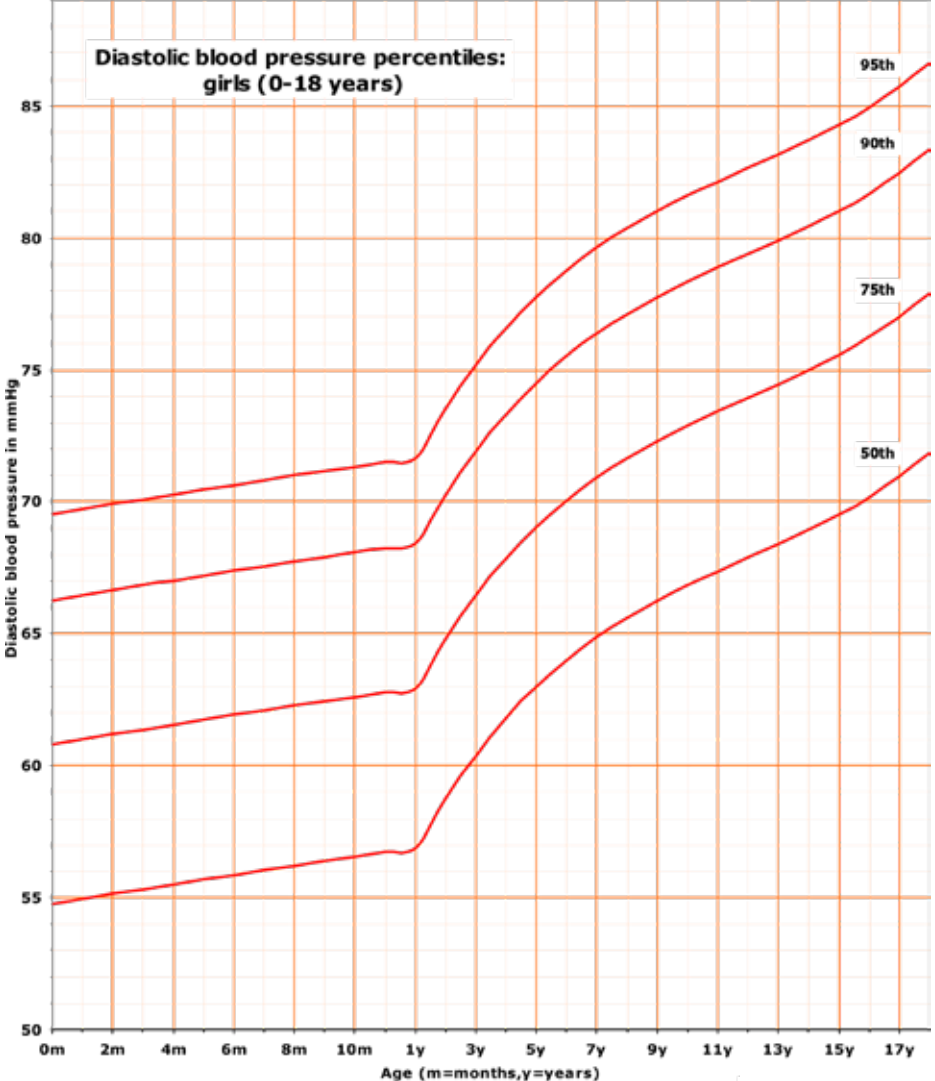
Source: Mohammad I. El Mouzan, Abdullah A. Al Salloum, Abdullah S. Al Herbish, Mansour M. Qurashi, Ahmad A. Al Omar. Health Profile for Saudi Children and Adolescents (No. AR-20-63). King Abdulaziz City for Science and Technology 2007 Riyadh, KSA.

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.

يتقلب

Rolls over

2



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يرفع رأسه عن الأرض

Lifts head clear of ground

1



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يجلس بنفسه

Sit alone

4



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يجلس بمساعدة

Sit with support

3



عمر:

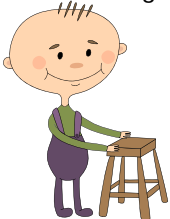
التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

بعض الملامح الأولى لنمو طفلك

(تعباً بواسطة الأم)

6

يقف مستنداً
Stands holding on

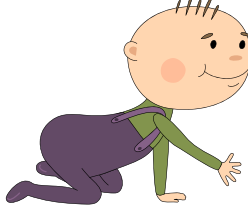


عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

5

يتحرك ويزحف
Moves around or crawls



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

8

يمشي مستنداً
Walks holding on



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

7

يقف بنفسه
Stands alone



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

10

الخطوة الأولى خارج المنزل
First outdoor walk was to ...



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

9

يمشي بنفسه
walk alone



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

بعض الملامح تجاه الأيدي

(تعباً بواسطة الأم)

يمسك الأشياء الكبيرة
Grabs and holds big things

12



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٠٠ م

يحدق إلى يديه
Stares at hands

11



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٠٠ م

يشد ويسحب شعرك
Pulls your hair

14



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٠٠ م

يسقط الأشياء عمدًا
Drops things on purpose

13



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٠٠ م

يفتح الأدراج
Opens cupboards

16



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٠٠ م

يلتقط الأشياء الصغيرة
Picks up small things

15



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٠٠ م

(تعباً بواسطة الأم)

21 الفهم الصحيح لأول كلمة وهي:

Understands first proper word, which was :

عمر

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة

٢٠ م / /

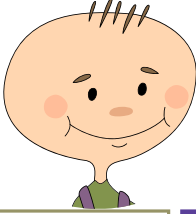
بعض الملامح تجاه الناس

(تعباً بواسطة الأم)

يحرك عينيه ليلاظك

24

Moves eyes to watch you



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يحدق في وجهك

23

Stares at your face



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يبكي عندما تغادرين الغرفة

26

Cries when you leave the room



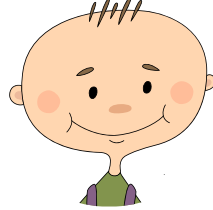
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يبتسم لأشخاص معينين

25

Smiles for special people



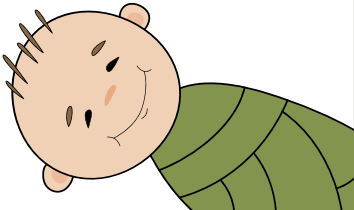
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

ينام عادة أثناء الليل

28

Usually sleeps through the night



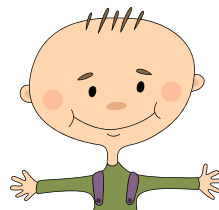
عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

يرفع يديه لتحمله

27

Holds up arms to be lifted



عمر:

التاريخ الذي تمت فيه الملاحظة / / ٢٠٢٠ م

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		يتنسم للمداعبة	الشهر الثاني
		يرفع رأسه ٤٥ درجة على بطنه		يناعي		يتبع بعينه بعد حد الوسط		يتنسم لوحده	الشهر الثالث
		يرفع رأسه ٩٠ درجة على بطنه		يقهقه		يمسك الشخصية		يتنسم لوحده	الشهر الرابع
		يرفع صدره مرتكزا على يديه		يقهقه		يتبع بعينه حد ١٨٠ درجة		يتنسم لوحده	الشهر الخامس
		ينقلب		يقهقه		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 خرز بين السبابة والإبهام		يشرب بالقلجان	الشهر الثامن عشر
		يسير للخلف		٦ كلمات غير ماما، بابا،		يشخبط بالقلم		يخلع ملابسه	٢٤ شهر
		يصعد الدرج		يصل كلمتين مختلفتين		يبني برج من مكعبين		يخلع ملابسه	٣٠ شهر
		يقف		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 ٦ 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 مطعمم	10
11	Child Abuse	حالات العنف ضد الأطفال	11
12	Large Family (More than 7 individuals)	عائلة كبيرة (أكثر من ٧ 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 المنغولي 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 (٥) سنوات	12
13	Leukemia	حالات سرطان الدم (اللوكيميا) بين الأطفال أقل من (٥) 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

Definition of Group A

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.

تعريف المجموعة أ

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

Definition of Group B

They are children who have one or some indicators of their growth beyond normal limits. They may become vulnerable to a higher risk.

تعريف المجموعة ب

هم أطفال يكون أحد أو بعض مؤشرات نموهم خارج الحدود الطبيعية وقد يكونوا عرضة لأن يصبحوا أطفال معرضين لخطر أكبر.

Management of at Risk Children in Group A & B

GENERALLY SPEAKING, THESE CHILDREN NEED MORE THAN THE RECOMMENDED VISITS AT PHCC. DURING EACH VISITS THE PROCEDURES ARE:

- 1.HEALTH EDUCATION OF THE MOTHER AND FAMILY REGARDING CARE OF THIS BABY.
- 2.MORE FREQUENT MONITORING OF GROWTH & DEVELOPMENT ACCORDING TO INDIVIDUAL CASE.
- 3.EXCLUSIVE BREAST FEEDING FOR FIRST 6 MONTHS.
- 4.TIMELY WEANING AFTER COMPLETION OF 6 MONTHS.
- 5.REGULAR TIMELY VACCINATION ACCORDING TO NATIONAL SCHEDULE OF KSA YEAR 2020.
- 6.TIMELY CARE IN ILLNESS LIKE DIARRHEA, FEVER AND ARI.
- 7.SUPPLEMENTATION WITH VITAMIN D AND IRON IF NEEDED.
- 8.LABORATORY TEST SUPPORT IF NEEDED.
- 9.INCREASE HEALTH AWARENESS OF THE MOTHERS ABOUT ENVIRONMENTAL SANITATION, PREVENTION OF HOME ACCIDENTS & POISONING.

تدبير المعرضين للخطر من المجموعة أ & ب

هؤلاء الأطفال يحتاجون زيارات أكثر من الموصى بها للمركز الصحي. خلال الزيارة تكون الإجراءات كالتالي:

1. التثقيف الصحي للأم وللعائلة عن أهمية الرعاية للطفل.
2. متابعة متكررة لنمو وتطور الطفل حسب كل حالة.
3. الرضاعة الطبيعية المطلقة لل ستة أشهر الأولى من العمر.
4. الفطام في الوقت المناسب بعد إكمال ستة أشهر من الرضاعة المطلقة.
5. الانتظام في التطعيمات حسب الجدول الوطني للتطعيمات في المملكة العربية السعودية، نسخة 2020 م.
6. الرعاية الصحية الفورية للطفل عند وجود الأمراض مثل الإسهال والحمى والالتهابات التنفسية الحادة.
7. التدعيم بإعطاء فيتامين د والحديد عند الحاجة.
8. عمل الفحوصات المخبرية عند الحاجة.
9. رفع مستوى الوعي الصحي لدى الأمهات فيما يتعلق بالإصحاح البيئي في المنزل والوقاية من الحوادث المنزلية والتسمم

10. Timely referral to secondary level if needed 11. Child spacing should be advised. 12. A-Maintain the names of At Risk children in the register (A & 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 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. 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.	10. الإحالة المباشرة لمستوى الرعاية الثاني عند الحاجة. 11. إرشاد الأم بمباعدة الأحمال للأطفال. 12. أ- يجب الاحتفاظ بأسماء المعرضين للخطر من نوعي أ & ب في سجل المعرضين للخطر مجموعة (أ & 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. ب- بالنسبة لعامل الخطورة من نوع (أ) يسجل بسجل الخطورة (أ & 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. ج- بالنسبة لعامل الخطورة من نوع (ب) فيسجل بسجل الخطورة (أ & 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.
Definition of Group C 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.	تعريف المجموعة ج هم أطفال لديهم عوامل خطورة جسدية أو عقلية أو سلوكية مزمنة إحداهما أو أكثر مجتمعة والتي تمنع الطفل من أداء الإمكانات الطبيعية له وهم كذلك أقل احتمالاً أن يصلوا لمرحلة البلوغ بنجاح.

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 للسنة 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. التدعيم 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

Nat. ☐ غ س (حدد) ☐ س الجنسية

Age..... العمر

Sex ☐ F أنثى ☐ M ذكر الجنس

اسم المريض الرباعي /

رقم الهوية /

رقم الملف الصحي /

رقم الهاتف/ الجوال

المستشفى المحال إليه /

التخصص /

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

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 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 أنثى ☐ M ذكر رقم الهاتف/الجوال
..... المستشفى المحال إليه /
..... التخصص /

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

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

.....

HR51.2



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

Nat. ☐ غ س (حدد) ☐ الجنسية/ س

Age...../ العمر

Sex ☐ F انثى ☐ M ذكر الجنس/

اسم المريض الرباعي /

رقم الهوية/

رقم الملف الصحي/

رقم الهاتف/الجوال

المستشفى المحال إليه/

التخصص/

نوع الإحالة: ☐ Immediate فورية ☐ Urgent طارئة ☐ Elective اختيارية	
وقت الإحالة: Time of referral	وسيلة نقل المريض: إسعاف ☐ Ambulance سيارة خاصة ☐ Private car أخرى ☐ Other
PATIENT CONDITION ON REFERRAL: حالة المريض عند الإحالة:	
الشكوى ومدتها : Complaint & Duration	
V/S Clinical & Examination	Temp B.P Resp.rate Pulse Wiegth Height BMI 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 Annual check up ☐ الفحص السنوي Other (Define) ☐ أخرى (حدد)	Follow Up ☐ المتابعة General Check up ☐ الفحص العام Upon Patient's Request ☐ بناء على رغبة المريض
Diagnosis & management ☐ التشخيص والعلاج	
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

.....



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

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

Immediate ☐	فورية ☐	Urgent ☐	طارئة ☐	Elective ☐	اختيارية ☐	نوع الإحالة:	
Other ☐ أخرى ☐ Private car ☐ سيارة خاصة ☐ Ambulance ☐ 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	Wiegth	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 ☐	المتابعة ☐	Diagnosis & management	التشخيص والعلاج ☐	سبب الإحالة		
Other (Define)	Annual check up ☐	الفحص السنوي ☐	General Check up ☐	الفحص العام ☐	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

.....

.....

HR51.2



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 ☐ F انثى ☐ M ذكر الجنس/ ذكر رقم الهاتف/الجوال
المستشفى المحال إليه /
التخصص /

Immediate ☐ فورية		Urgent ☐ طارئة		Elective ☐ اختيارية		نوع الإحالة:	
Other ☐ أخرى		Private car ☐ سيارة خاصة		Ambulance ☐ 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	Wiegth	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 ☐ المتابعة		Diagnosis & management ☐ التشخيص والعلاج		سبب الإحالة	
Annual check up ☐ الفحص السنوي		General Check up ☐ الفحص العام		بناء على رغبة المريض ☐ Upon Patient's Request		بناء على رغبة المريض	
Other (Define)		أخرى (حدد) ☐					
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

.....

جدول ملخص الإحالات والتغذية الراجعة

Summary of the referrals & feedbacks				
S	Date of referral	Hospital & Speciality	Cause of referral	Feedback & Date
1				
2				
3				
4				
5				



S	Date of refferal	Hospital & Speciality	Cause of refferal	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، اسأليه 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 اجتهداً 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 تجعلي 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، اغمره 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 فتتحوّل 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.