

NO. PENDAFTARAN :

--	--	--	--	--	--	--



(Cop Klinik)



REKOD KESIHATAN BAYI DAN KANAK-KANAK (0-6 TAHUN)



NAMA : ANAK
IBU

TARIKH LAHIR

hari		bulan		tahun			

NO. MY KID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ALAMAT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. TELEFON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Untuk digunapakai semasa pemeriksaan kesihatan di hospital/klinik kerajaan dan swasta

SENARAI KEMUDAHAN KESIHATAN YANG TERDEKAT:

BIL.	NAMA	NO. TELEFON
1	HOSPITAL:	
2	KLINIK KESIHATAN:	
3	KLINIK DESA:	

NOTA:

- Sekiranya **ANDA** mempunyai masalah **KECEMASAN**, sila hubungi talian

999

- Talian kes **PENDERAAN** kanak-kanak:
TALIAN NUR (CHILDLINE)

15999



Utamakan Kesihatan

Sihat Sepanjang Hayat

Diterbitkan oleh:
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga,
Kementerian Kesihatan Malaysia

www.infosihat.gov.my • www.myhealth.gov.my

KANDUNGAN

Muka surat

ANDA IBU BAPA YANG PRIHATIN	3
TARIKH TEMUJANJI	5
JADUAL DAN REKOD IMUNISASI	11
BIODATA	11
SOSIODEMOGRAFI	13
MAKLUMAT ADIK BERADIK	13
REKOD ANTENATAL IBU	14
REKOD KELAHIRAN	14
PEMERIKSAAN BAYI BARU LAHIR	15
SENARAI MASALAH	19
PANDUAN IBUBAPA/PENJAGA	21
CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA	23
JADUAL PEMERIKSAAN BAYI DAN KANAK-KANAK NORMAL	25
PENYUSUAN SUSU IBU	26
POSISI UNTUK MENYUSUKAN BAYI	26
PELEKAPAN YANG BETUL	26
CARA SENDAWAKAN BAYI SELEPAS PENYUSUAN	27
CARA MENYIMPAN SUSU IBU PERAHAN	27
PERKARA-PERKARA YANG PERLU DILAKUKAN	28
PERKARA-PERKARA YANG PERLU DIELAKKAN	28
KESELAMATAN DI RUMAH	29
KESELAMATAN BAHAN PERMAINAN	29
TANDA-TANDA BAHAYA PADA KANAK-KANAK	30
KEMAHIRAN KEIBUBAPAAN	31
MAKLUMAT GANGGUAN SEKSUAL	33
PANDUAN PEMAKANAN MENGIKUT PERINGKAT UMUR	34
PERTUMBUHAN GIGI SI COMEL ANDA	39

REKOD KESIHATAN BAYI DAN KANAK-KANAK



RAWATAN POSTNATAL	41
LAWATAN KE KLINIK	49
PEMERIKSAAN PADA UMUR 1 BULAN	52
PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN	53
PEMERIKSAAN PADA UMUR 2 BULAN	55
PEMERIKSAAN PADA UMUR 3 BULAN DAN 4 BULAN	57
PEMERIKSAAN SEMASA UMUR 5 DAN 6 BULAN	63
PEMERIKSAAN PERGIGIAN (0 - 9 BULAN)	68
PEMERIKSAAN PADA UMUR 9 BULAN	71
PEMERIKSAAN PADA UMUR 10 BULAN (Sarawak)	76
PEMERIKSAAN PADA UMUR 12 BULAN DAN 15 BULAN	77
RUJUK JURURAWAT/PEGAWAI PERGIGIAN	82
PEMERIKSAAN PADA UMUR 18 BULAN DAN 21 BULAN	83
UJIAN SARINGAN PERKEMBANGAN TINGKAH LAKU KANAK-KANAK (M-CHAT)	89
PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN	95
PEMERIKSAAN PERGIGIAN (10 - 23 BULAN)	96
LAWATAN PEMERIKSAAN KESIHATAN KE KLINIK 2 TAHUN, 2 TAHUN 6 BULAN, 3 TAHUN DAN 3 TAHUN 6 BULAN	99
PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN	105
PEMERIKSAAN MATA	111
PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN	114
PEMERIKSAAN GIGI (2 - 4 TAHUN)	115
PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 DAN 6 TAHUN	118
CARTA PERTUMBUHAN	119



ANDA IBU BAPA YANG PRIHATIN



BACA BUKU INI KERANA IANYA
MENGANDUNGI MAKLUMAT PENTING
KESIHATAN ANAK ANDA



BAWA BUKU INI SETIAP KALI KE KLINIK ATAU
HOSPITAL (KERAJAAN DAN SWASTA)



SIMPAN BUKU INI DENGAN BAIK.
JANGAN HILANGKAN.
BUKU REKOD INI AMAT PENTING UNTUK IBU
BAPA, ANAK DAN ANGGOTA KESIHATAN.



NYATAKAN MASALAH ANAK YANG
MEMBIMBANGKAN ANDA.
TANYA STATUS KESIHATAN ANAK.
JANGAN MALU.









JADUAL DAN REKOD IMUNISASI

Umur	Vaksin	Tarikh	No. Batch	Tandatangan
Lahir	BCG			
	Hepatitis B (dos1)			
1 bulan	Hepatitis B (dos 2)			
2 bulan	DTaP/DT (dos 1)			
	Hib (dos 1)			
	IPV(dos 1)			
3 bulan	DTaP/DT (dos 2)			
	Hib (dos 2)			
	IPV (dos 2)			
5 bulan	DTaP/DT (dos 3)			
	Hib (dos 3)			
	IPV (dos 3)			
6 bulan	Hepatitis B (dos 3)			
	Measles(Sabah)			
9 bulan	JE (dos 1) (Sarawak)			
10 bulan	JE (dos 2) (Sarawak)			
12 bulan	MMR			
18 bulan	DTaP/DT (booster)			
	IPV (booster)			
	Hib (booster)			
	JE (dos 3) (Sarawak)			
Lain-lain (nyatakan)				



1.0 BIODATA (diisi oleh pegawai di tempat kelahiran)

1.1 SOSIODEMOGRAFI : Tandakan (✓) di ruangan berkenaan

Jantina : Lelaki Perempuan

Etnik : Melayu Cina India Orang Asli

Bumiputera Sabah :

Bumiputera Sarawak :

Lain-lain, Nyatakan :

Nama ibu/penjaga :

No. kad pengenalan :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama bapa/penjaga :

No. kad pengenalan :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alamat rumah :

.....
.....

No. telefon : i. Tel bimbit : ii. Rumah:

iii. Lain-lain :

1.2 MAKLUMAT ADIK BERADIK

Bil.	Tahun Lahir	Jantina (L/P)	Masalah/ Catatan Kesihatan

1.3 REKOD ANTENATAL IBU: Tandakan (✓) di ruangan berkenaan

Ibu	Positif/ Ya	Negatif/ Tiada	Tiada Maklumat
VDRL/TPHA			
<i>Retroviral</i>			
<i>Hepatitis B</i>			
<i>Diabetes / GDM</i>			
<i>Hypertension/ PIH</i>			
<i>Thalassemia</i>			
Lain-lain, nyatakan			

Kumpulan Darah Ibu: Rhesus:

1.4 REKOD KELAHIRAN: Tanda (✓) di ruangan berkenaan

Waktu lahir : jam (contoh: 17.25 jam)

Jangkamasa Kandungan: minggu

Tempat lahir: (Rumah/ Klinik/ Hospital/ Pusat Bersalin/ ABC dll)

Jenis Kelahiran:

Normal (Vertex) Breech Forceps Vacuum LSCS

Komplikasi (jika ada):

Fetal distress Meconium stained liquor Prolonged/ Premature Ruptured of Membrane

Lain-lain, akan.....

Bilangan bayi:

Singleton Kembar Kembar >2,

nyatakan:.....

Skor Apgar : 1 min 5 min 10 min 20 min

Berat lahir..... gm **Panjang :** cm **Lilitan kepala:** cm

IM Vitamin K diberi: Ya Tidak

G6PD: Normal Deficient

TSH: mU/L **T4:** nmol/L

Saringan pendengaran: Normal Abnormal (jika dilakukan)



1.5 PEMERIKSAAN BAYI BARU LAHIR: (Diisi oleh Pegawai Perubatan)

Vital sign:

Suhu Badan : °C **Kadar respiratori:**/min

Kadar denyutan jantung: /min

Buang air besar dalam masa 24 jam : Ya Tidak

Buang air kecil dalam masa 24 jam : Ya Tidak

Memulakan penyusuan susu ibu : Ya Tidak

Pemeriksaan Am : Tanda (✓) di ruangan berkenaan

Pemeriksaan	Normal	Abnormal	Catatan
<i>General Condition</i>			
<i>Appearance</i>			
<i>Colour</i>			
<i>Skin</i>			
<i>Head/Neck</i>			
<i>Ears</i>			
<i>Eyes (including red light reflex)</i>			
<i>Lips</i>			
<i>Gum</i>			
<i>Palate</i>			
<i>Chest</i>			
<i>Respiration</i>			
<i>Heart</i>			
<i>Abdomen</i>			
<i>Spine</i>			
<i>Anus</i>			
<i>Genitalia</i>			
<i>Femoral Pulse</i>			
<i>Hips</i>			
<i>Hands</i>			
<i>Feet</i>			
<i>Moro Reflex</i>			

Maklumat Tambahan (jika ada):

.....

.....

Bimbingan awal untuk ibubapa/penjaga: (Rujuk Panduan Ibubapa/Penjaga)

Tandakan (✓) selepas nasihat diberi

- Ibu bapa/ penjaga perlu memberitahu klinik berhampiran dalam masa 24 jam selepas keluar dari hospital supaya jururawat dapat melawat ibu dan bayi di rumah dalam masa beberapa hari akan datang.
- Susukan bayi anda dengan susu ibu sahaja dalam tempoh enam bulan pertama dan teruskan penyusuan susu ibu sehingga anak berumur dua tahun. Kerap membuang air besar adalah normal bagi bayi yang diberi susu ibu.
- Bayi anda mungkin mengalami jaundis dalam beberapa hari selepas lahir. Dapatkan nasihat perubatan secepat mungkin apabila jaundis dikesan. Jangan jemur bayi anda.
- Pastikan tali pusat bayi anda bersih dan kering.
- Ibu mesti membasuh tangan selepas menukar lampin bayi.
- Rasa suhu air mandian sebelum memandikan bayi anda. Sentiasa isikan besen mandi dengan air sejuk terlebih dahulu sebelum air panas.
- Dapatkan imunisasi untuk bayi anda mengikut jadual untuk melindunginya daripada mendapat jangkitan yang teruk.
- Daftar kelahiran bayi anda dalam masa 14 hari.

Dilakukan oleh: (Pegawai Perubatan)

Tandatangan:

Nama dan Cop:

Tarikh:

CATATAN
(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







SENARAI MASALAH

TARIKH	MASALAH DIKESAN	CATATAN/RAWATAN

TARIKH	MASALAH DIKESAN	CATATAN/RAWATAN

Nota: Sila tambah lampiran sekiranya perlu.





CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA

(diisi oleh ibubapa/penjaga)

Arahan: Sila isi umur si comel anda apabila dia boleh melakukan aktiviti-aktiviti seperti di bawah.

Perkembangan normal adalah di dalam julat umur yang tertera.



Membalas senyuman
(0 – 2 bulan)

Umur:



Tegakkan kepala semasa
duduk (1.5-5 bulan)

Umur:



Meniarap dan terlentang
(2.5 – 5 bulan)

Umur:



Mencapai objek
(3 – 5 bulan)

Umur :



Memusing kepala ke arah
bunyi (3.5 – 8 bulan)

Umur :



Duduk tanpa disokong
(5 – 8 bulan)

Umur :



Memegang dengan jari
ibu dan jari telunjuk
(7 – 10.5 bulan)

Umur :



Menyebut
papa, mama
(9.5 – 13.5 bulan)

Umur :



Berjalan beberapa
langkah
(11.5 – 14.5 bulan)

Umur :



Minum dengan
cawan tanpa dibantu
(10 – 16.5 bulan)

Umur :

SILA BAWA ANAK ANDA KE KLINIK BERTAMBAHAN SEKIRANYA BERLAKU KELEWATAN PERKEMBANGAN

CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA

(diisi oleh ibubapa/penjaga)

Arahan: Sila isi umur si comel anda apabila dia boleh melakukan aktiviti-aktiviti seperti di bawah.

Perkembangan normal adalah di dalam julat umur yang tertera.



Menconteng
(12 – 24.5 bulan)

Umur :



Menyatukan 2 perkataan
(14 – 26 bulan)

Umur :



Menendang bola ke depan
(15 – 24 bulan)

Umur.....



Menanggalkan pakaian
(14 – 22 bulan)

Umur :



Mengikut arahan
(15 – 33 bulan)

Umur :



Memakai pakaian
(20 – 36 bulan)

Umur :



Melompat setempat
(20.5 – 36 bulan)

Umur :



Bermain secara interaktif
(20 – 42 bulan)

Umur :



Melukis bulatan
(27 – 39 bulan)

Umur :

**SILA BAWA ANAK ANDA KE KLINIK BERHAMPIRAN SEKIRANYA
BERLAKU KELEWATAN PERKEMBANGAN**



JADUAL PEMERIKSAAN BAYI DAN KANAK-KANAK NORMAL

Umur	Kekerapan Pemeriksaan	Aktiviti
0 – 6 bulan	Setiap Bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan doktor pada umur 1 bulan • Pemeriksaan fizikal • Penilaian perkembangan dan pertumbuhan • Imunisasi • Nasihat penyusuan • Bimbingan awal
6 - 12 bulan	Setiap 2 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan fizikal • Pemeriksaan gigi pada umur 0-9 bulan • Penilaian perkembangan dan pertumbuhan • Imunisasi • Nasihat pemakanan dan penyusuan • Bimbingan awal
1 – 2 tahun	Setiap 3 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan pegawai perubatan pada umur 18 bulan • Pemeriksaan fizikal • Pemeriksaan gigi pada umur 10 - 23 bulan • Penilaian perkembangan dan pertumbuhan • Ujian Saringan Perkembangan Tingkah Laku (M-CHAT) pada umur 18 bulan • Imunisasi tambahan • Nasihat pemakanan dan penyusuan • Bimbingan awal
2 – 4 tahun	Setiap 6 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan pegawai perubatan pada umur 2- 4 tahun • Pemeriksaan fizikal • Pemeriksaan penglihatan • Pemeriksaan gigi pada umur 2- 4 tahun • Penilaian perkembangan dan pertumbuhan • Ujian Saringan Perkembangan Tingkah Laku (M-CHAT) pada umur 3 tahun • Nasihat pemakanan • Bimbingan awal
5 – 6 tahun	Setahun sekali	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan fizikal • Penilaian perkembangan dan pertumbuhan • Nasihat pemakanan

PENYUSUAN SUSU IBU

POSISI UNTUK MENYUSUKAN BAYI



Berbaring



Mendukung



Mendukung silang



Mendakap

PELEKAPAN YANG BETUL



MAKLUMAT PENTING

1. Beri bayi susu ibu **sahaja** dalam 6 bulan pertama.
2. Kekerapan penyusuan susu ibu adalah mengikut kehendak bayi (anggaran 8-12 kali sehari).
3. Tidak mencampurkan bijirin, manisan atau bahan lain ke dalam susu sebelum bayi berumur 6 bulan.
4. Bersihkan mulut bayi setiap kali selepas menyusu dengan menggunakan kain lembut yang lembap.
5. Jangan biarkan bayi anda tidur dengan puting/ payudara di dalam mulut.



CARA SENDAWAKAN BAYI SELEPAS PENYUSUAN



Posisi Bahu



Posisi Tangan



Posisi Riba

CARA MENYIMPAN SUSU IBU PERAHAN

Tempat	Bayi Normal	Bayi Prematang/ Sakit
Suhu Bilik <ul style="list-style-type: none"> Suhu biasa (Suhu 25°C-37°C) Sekiranya dalam keadaan berhawa dingin (Suhu 15°C-25°C) 	4 Jam 8 Jam	4 Jam -
Peti Sejuk (rak atas) <ul style="list-style-type: none"> Suhu 2°C - 4°C 	< 8 Hari	48 Jam
Peti sejuk (1pintu) <ul style="list-style-type: none"> Sejuk beku 	2 Minggu	2 Minggu
Peti Sejuk (2 pintu) <ul style="list-style-type: none"> Sejuk beku (-20°C) Susu beku yang dicairkan dalam peti sejuk rak atas 	3 Bulan 24 Jam (setelah dicairkan tidak boleh dibekukan semula)	3 Bulan 12 Jam (setelah dicairkan tidak boleh dibekukan semula)
Peti sejuk "deep freezer"	6 Bulan	3 Bulan

PERKARA-PERKARA YANG PERLU DILAKUKAN



Tidurkan bayi dalam keadaan telentang



Daftar kelahiran dalam tempoh 14 hari selepas bersalin



Pastikan ke klinik mengikut tarikh temujanji yang ditetapkan



Dapatkan imunisasi mengikut jadual

PERKARA-PERKARA YANG PERLU DIELAKKAN



Puting tiruan tidak digalakkan



Jangan jemur jika bayi mengalami jaundis (kuning). Bawa segera ke klinik



Jangan goncang bayi



- Jangan biarkan bayi tidur dengan botol dimulut
- Jangan guna buaian



Jangan biarkan bayi anda bersendirian tanpa pengawasan

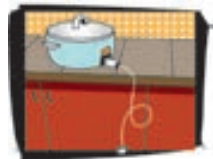
KESELAMATAN DI RUMAH

Awasi anak anda daripada kemalangan di rumah. Semua ibubapa harus mempelajari cara memberi pertolongan cemas



Risiko untuk terjatuh dan luka

Lemas



Keracunan

Tercekik

Terbakar/Melecur



Digigit binatang



Benda tajam



Kejutatan elektrik



Cedera

KESELAMATAN BAHAN PERMAINAN

- Lebih besar daripada mulut anak.
- Struktur yang kukuh.
- Tidak mudah ditanggal.
- Tiada bahagian/bucu tajam.
- Tiada racun.
- Tiada tali/wayar panjang.
- Tidak boleh dikunyah.

Rujukan: *Canadian Child Care Federation*



Lemah, lesu atau tidak sedarkan diri



Muntah berterusan



Batuk dan sukar bernafas



Tidak boleh menyusu atau minum

TANDA-TANDA BAHAYA PADA KANAK-KANAK



Air kencing yang sedikit



Mengalami sawan



Mengalami demam berterusan melebihi tiga hari



Cirit birit dengan najis berdarah dan enggan minum

AMARAN: SEKIRANYA TERDAPAT SALAH SATU TANDA-TANDA DI ATAS, JUMPA ANGGOTA KESIHATAN DENGAN SEGERA



KEMAHIRAN KEIBUBAPAAN



Meluangkan masa dan memupuk hubungan dengan anak



Mengajar dan memberi pujian



Menetapkan peraturan kepada anak-anak



Tidak melayan kelakuan buruk

KEMAHIRAN KEIBUBAAPAN



Galakkan anak membuat keputusan sendiri



Pengawalan jangkamasa menonton televisyen

- Umur <2 tahun : elakkan menonton tv
- Umur ≥ 2 tahun : 1-2 jam sehari menonton tv



Memupuk penjagaan kesihatan mulut.

- Angkat bibir atas dan bawah untuk memeriksa gigi
- Memberus gigi anak 2 kali sehari



MAKLUMAT PENTING UNTUK DIBERITAHU KEPADA ANAK ANDA MENGENAI GANGGUAN SEKSUAL



Jangan benarkan sesiapa menyentuh buah dada, kemaluan (faraj/zakar) atau pinggul



Katakan "TAK NAK" kepada sentuhan yang tidak diingini atau tidak disenangi

Jerit untuk mendapatkan bantuan dan segera berundur daripada orang yang mengganggu



Beritahu orang dewasa yang boleh dipercayai secepat mungkin



Lakukan bahasa isyarat atau mimik muka untuk memberitahu orang dewasa sekiranya perlu

PANDUAN PEMAKANAN MENGIKUT PERINGKAT UMUR

A. Panduan Penyusuan Bayi (Dari Lahir Sehingga Berumur 6 Bulan)

1. Susukan bayi anda dengan susu ibu sahaja (eksklusif) dari lahir sehingga berusia 6 bulan. Bayi anda tidak perlu diberi makanan atau minuman lain selain susu ibu pada 6 bulan pertama.
2. Mulakan penyusuan susu ibu dalam tempoh satu jam pertama selepas kelahiran.
3. Pastikan bayi diberi kolostrum (susu awal yang berwarna kekuningan)
4. Jangan beri minuman atau makanan lain selain susu ibu.
5. Bayi anda mungkin mengalami jaundis beberapa hari selepas lahir. Dapatkan nasihat profesional perubatan secepat mungkin apabila jaundis dikesan. Dalam waktu yang sama, teruskan penyusuan susu ibu dan elakkan memberi bayi minuman lain termasuk air kosong, kerana susu ibu sahaja mencukupi untuk bayi. Jangan jemur bayi anda.
6. Bagi ibu yang tidak boleh menyusukan anaknya, pastikan:-
 - Susu yang digunakan adalah rumusan bayi yang diperkaya dengan zat besi
 - Jangan mencampurkan gula / manisan ke dalam susu untuk mengelakkan kerosakan gigi.
 - Cara bancuhan, kekerapan pemberian serta pembersihan peralatan mengikut arahan di label produk.
 - Sebarang keputusan untuk menukar jenis rumusan bayi harus dibuat atas nasihat profesional perubatan.
7. Jika anda mempunyai keraguan mengenai penyusuan susu ibu, dapatkan nasihat daripada anggota kesihatan atau ahli kumpulan sokongan penyusuan susu ibu. Senarai ahli kumpulan sokongan penyusuan susu ibu boleh didapati dari klinik kesihatan dan hospital yang berhampiran.

B. Panduan Pemberian Makanan Pelengkap (Dari 6 bulan sehingga 12 bulan)

1. Makanan pelengkap hanya perlu diperkenalkan apabila bayi berusia 6 bulan. Teruskan penyusuan susu ibu sehingga bayi berumur 2 tahun.
2. Perkenalkan makanan kepada bayi dalam kuantiti yang sedikit terlebih dahulu. Setelah bayi dapat menerima makanan tersebut dengan baik, tingkatkan kuantiti makanan secara beransur-ansur mengikut umur bayi.
3. Sediakan makanan daripada pelbagai jenis makanan untuk memastikan semua keperluan nutrien dipenuhi. Daging, ayam, ikan, telur, susu dan produk tenusu perlu diberi dengan kerap. Elak menambah garam, gula atau bahan perisa ke dalam makanan bayi.
4. Beri bayi makan mengikut panduan berikut:



Perkara	Umur	
	6-8 bulan	9-11 bulan
Cara penyediaan makanan	Dipuri/ dilecek/ separa pepejal	Dicincang/ dipotong kecil
Kekerapan pemberian makanan utama	2-3 kali sehari	3-4 kali sehari
Kekerapan pemberian snek*	1-2 kali sehari	1-2 kali sehari

*Snek adalah makanan yang diberi di antara waktu makan utama.

C. Panduan Pemberian Makanan Kanak-Kanak (Dari 1 tahun sehingga 6 tahun)

- Berilah kanak-kanak pelbagai jenis makanan yang dapat membekalkan tenaga untuk melakukan aktiviti harian serta memastikan pertumbuhan dan perkembangan yang normal. Bermula pada umur 1 tahun, kanak-kanak boleh makan makanan keluarga.
- Pilihlah snek yang berkhasiat seperti buah-buahan, sayur-sayuran, susu, dadih, keju, dan kuih-muih seperti pau, apam dan jagung rebus.
- Elak memberi kanak-kanak makanan yang tinggi lemak, garam dan gula serta makanan yang kurang berkhasiat seperti gula-gula, kek, coklat, ais krim, kentang goreng segera dan minuman berkarbonat.
- Elak memberi kanak-kanak snek menghampiri waktu makan utama.
- Pupuk amalan makan secara sihat di kalangan kanak-kanak melalui langkah-langkah berikut:-
 - Galakkan anak makan mengikut waktu makan yang tetap.
 - Hidangkan pelbagai jenis sayur-sayuran pada setiap waktu makan.
 - Galakkan anak-anak minum air kosong berbanding air manis.
 - Galakkan anak makan buah-buahan pada waktu makan utama dan snek.
 - Hidangkan makanan yang rendah kandungan garam dan gula.
 - Elakkan anak makan snek atau hidangan utama sambil menonton televisyen.
- Amalkan perkara-perkara berikut untuk menggalakkan anak makan:
 - Jadikan waktu makan masa yang menyenangkan dan menggembirakan.
 - Elak dari memarahi anak semasa mereka sedang menikmati makanan.
 - Hidangkan makanan dalam kombinasi warna yang menarik.
 - Hidangkan makanan dalam bekas atau peralatan yang menarik dan pelbagai bentuk.
 - Berinteraksi secara positif dengan anak pada waktu makan.
- Semasa anak demam, selsema atau cirit-birit, galakkan anak mengambil cecair yang lebih termasuk air kosong, susu, jus buah-buahan/ sayur-sayuran segar dan sup. Beri mereka makan makanan yang lembut serta berkhasiat.
- Pastikan makanan anak adalah bersih dan selamat untuk dimakan.

9. Beri anak makan mengikut panduan berikut:-

Perkara	Umur	
	1-3 tahun	4-6 tahun**
Cara penyediaan makanan	Makanan keluarga	Makanan Keluarga
Kekerapan pemberian makanan utama	4-5 kali sehari	3 kali sehari
Kekerapan pemberian snek*	1-2 kali sehari	2 kali sehari

*Snek adalah makanan yang diberi di antara waktu makan utama. Susu, buah-buahan segar, buah-buahan kering seperti kismis, kurma dan prun, biskut dan roti adalah contoh snek berkhasiat yang boleh diberi kepada bayi. Walau bagaimanapun, perlu diingat bahawa snek tidak boleh menggantikan makanan yang sepatutnya diberi pada waktu makan utama.

** Berdasarkan pengambilan tenaga sebanyak 1300 kkal sehari (RNI)

D. Cadangan sukatan makanan sehari untuk bayi & kanak-kanak mengikut umur dan kumpulan makanan

Kumpulan makanan	Cadangan sukatan makanan sehari			
	Umur			
	6-8 bulan	9-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun*
Bijirin, hasil bijirin dan ubi-ubian	1½ cawan bubur	2 cawan bubur pekat	2 cawan nasi	3 cawan nasi
Sayur-sayuran	¼ cawan sayur masak	½ cawan sayur masak	1 cawan sayur masak	1 cawan sayur masak
Buah-buahan	¼ potong betik atau ½ pisang bersaiz kecil (1 pisang emas: 33 g)	1 potong betik atau 2 pisang bersaiz kecil (1 pisang emas: 33 g)	1 potong betik atau 2 pisang bersaiz kecil (1 pisang emas: 33 g)	2 potong betik atau 4 biji pisang emas
Daging, ayam, ikan dan kekacang	2 sudu teh sebarang jenis daging atau isi ikan (¼ ikan saiz sederhana)	2 sudu teh sebarang jenis daging atau 2 sudu teh isi ikan atau ½ biji telur	½ ekor ikan kembung saiz sedang atau 1 biji telur	½ ekor ikan kembung saiz sederhana + ½ ketuk daging bersaiz kotak mancis/ 2 keping isi ikan/ ½ biji telur+ 2 sudu makan kacang panggang/ ½ keping tauhu



Kumpulan makanan	Cadangan sukatan makanan sehari			
	Umur			
	6-8 bulan	9-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun*
Susu	Susu ibu mengikut kehendak bayi	Susu ibu mengikut kehendak bayi	Susu ibu mengikut kehendak bayi/ 3 gelas susu	2 gelas susu
Lemak, minyak (dimasukkan ke dalam makanan)	1 sudu teh minyak	1½ sudu teh minyak	1 sudu teh minyak	Nilai kalori lemak termasuk dalam jumlah kalori yang diambil sehari

Nota: Untuk bayi yang tidak menyusu susu ibu, sekiranya pengambilan daging/ ikan/ ayam adalah kurang daripada amaun yang disyorkan, tambah 300-500 ml susu penuh krim atau 400-550 ml formula bayi sehari untuk mencapai saranan pengambilan yang normal (~ 960-1200 ml)

- *Berdasarkan pengambilan tenaga sebanyak 1300 kcal sehari (RNI)

Sukatan isi rumah:

- 1 cawan biasa = 200 ml
- 1 gelas = 250 ml
- 1 sudu teh = 5 ml
- 1 sudu makan = 10 ml

E. Contoh menu untuk bayi & kanak-kanak mengikut umur dan waktu makan

Waktu makan	Menu			
	Umur			
	6-8 bulan	9-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun
Sarapan	½ cawan bubur nasi 1 sudu makan tomato/ lobak merah 1 sudu makan sawi/ bayam	½ cawan bubur 1 ½ sudu makan tomato/ lobak merah 1 sudu makan sawi/ bayam	1 keping roti bakar 1 sudu teh marjerin 1 gelas susu	1 keping roti 2 sudu makan kacang panggang 1 gelas susu
Minum Pagi	2 sudu makan pisang	½ potong betik	1 biji pisang bersaiz kecil 1 gelas susu	1 biji pau mini 1 gelas air barli

Waktu makan	Menu			
	Umur			
	6-8 bulan	9-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun
Makan Tengahari	½ cawan bubur nasi 1 sudu teh daging (empuk) 1 sudu makan tomato/ lobak merah	¾ cawan bubur nasi likat 1 sudu teh daging (empuk) 1 ½ sudu makan tomato/ lobak merah 1 sudu makan sawi/ bayam	½ cawan mi sup 1 sudu teh daging ½ cawan sayuran 1 gelas air kosong ½ potong betik	¾ cawan nasi putih ½ potong ikan tenggiri masak singgang ½ cawan sayur campur ½ potong tembikai susu 1 gelas air kosong
Minum Petang	1 sudu makan pisang	1 biji pisang bersaiz kecil	2 ketul cekodok pisang 1 gelas jus buah tembikai	3 biji cucur oat ½ cawan jus oren
Makan Malam	½ cawan bubur nasi 1 sudu teh daging (empuk) 1 sudu makan tomato/ lobak merah 1 sudu makan pisang 1 sudu teh minyak sayuran/ marjerin	¾ cawan bubur nasi likat 1 sudu teh ikan 1 ½ sudu makan tomato/ lobak merah 1 ½ sudu makan sawi/ bayam 1 ½ sudu teh minyak sayuran/ marjerin	½ cawan nasi putih ½ ekor ikan kembung masak pindang ½ cawan bayam 1 gelas air kosong	¾ cawan nasi putih 2 keping isi ayam masak kicap 4 sudu makan bayam goreng/ lobak merah 1 biji epal 1 gelas air kosong
Minum Malam			1 gelas susu	1 biji bun 1 gelas susu

F. Tip Kesihatan

1. Galakkan kanak-kanak bermain atau aktif secara fizikal setiap hari untuk mengelakkan masalah berlebihan berat badan.
2. Pantau pertumbuhan kanak-kanak secara berkala untuk memastikan mereka membesar dengan sempurna.

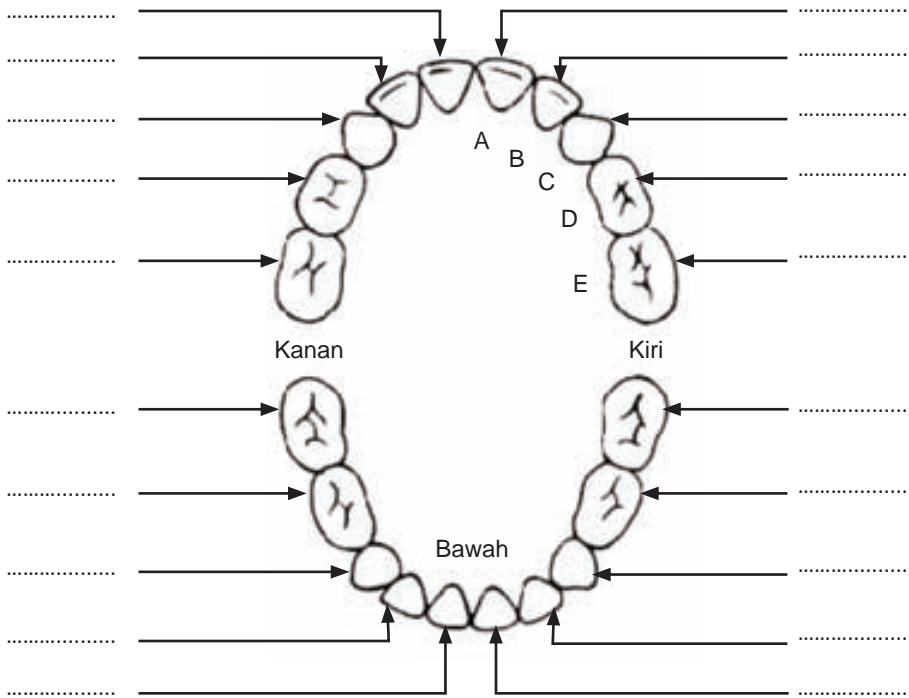
Rujukan:

1. Kumpulan Kerja Teknikal Pemakanan Bayi dan Kanak-Kanak Kecil (2009). Garis Panduan Pemberian Makanan Bayi dan Kanak-Kanak Kecil. Kementerian Kesihatan Malaysia, Putrajaya.
2. NCCFN (National Coordinating Committee of Food and Nutrition (2010). Malaysian Dietary Guidelines. Ministry of Health Malaysia, Putrajaya.



PERTUMBUHAN GIGI SI COMEL ANDA

Sila isi **TARIKH** pertumbuhan gigi si Comel anda diruang yang disediakan



JADUAL PERTUMBUHAN GIGI SUSU

GIGI SUSU	ANGGARAN UMUR PERTUMBUHAN
A. Insisor (Kacip) Pertama	6 - 9 bulan
B. Insisor (Kacip) Kedua	6 - 9 bulan
C. Kanin (Taring)	18 - 20 bulan
D. Geraham Pertama	12 - 15 bulan
E. Geraham Kedua	24 - 36 bulan







2.0 RAWATAN POSTNATAL (Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan		
Tarikh:			
Umur semasa lawatan			
Berat badan (kg)			
Panjang (cm)			
Lilitan kepala (cm)			
Tindakbalas (aktif/tidak aktif)			
Warna bayi (normal/ biru/pucat)			
Wajah dismorfik Con: Down's Syndrome			
Jaundis			
Keadaan kulit			
Penilaian penyusuan			
Buang air besar			
Buang air kecil			
Kadar pernafasan (normal 40 – 60/min)			
Kadar denyutan jantung (normal 120 – 160/min)			
Suhu badan (normal suhu ketiak 36.5 – 37.0°C)			
Kepala <ul style="list-style-type: none"> • Rupabentuk • Ubun-ubun • Bengkak/ benjolan/ caput 			
Leher : bengkak/ ketulan			

.....SAMBUNGAN

Aktiviti	Penemuan		
Mata (contoh: juling, katarak, lelehan dll)			
Mulut (contoh: sumbing, gigi, oral thrush dll)			
Telinga (bentuk, lelehan dll)			
Sistem Respiratori • Bentuk dada, bunyi pernafasan, <i>grunting</i> dll)			
Sistem Kardiovaskular (bunyi luar biasa dll)			
Abdomen (<i>distented</i> , tali pusat, benjolan dll)			
Alat kelamin (rupa bentuk, testis, lelehan)			
Tulang (tulang belakang, tangan, kaki, jari, <i>hip</i>)			
Sistem neurologi i.reflex : <i>moro,grasp, rooting</i> ii. <i>muscle tone</i> /otot			
Perkara yang membimbangkan ibu bapa/penjaga			
Bimbingan awal diberikan (Rujuk Panduan Ibumama/Penjaga)			
Catatan			
Tandatangan & Nama			



RAWATAN POSTNATAL (Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan		
Tarikh:			
Umur semasa lawatan			
Berat badan (kg)			
Panjang (cm)			
Lilitan kepala (cm)			
Tindakbalas (aktif/tidak aktif)			
Warna bayi (normal/biru/ pucat)			
Wajah dismorfik Con: Down's Syndrome			
Jaundis			
Keadaan kulit			
Penilaian penyusuan			
Buang air besar			
Buang air kecil			
Kadar pernafasan (normal 40 – 60/min)			
Kadar denyutan jantung (normal 120 – 160/min)			
Suhu badan (normal suhu ketiak 36.5 – 37.0°C)			
Kepala <ul style="list-style-type: none"> • Rupabentuk • Ubul-ubun • Bengkak / benjolan / caput 			
Leher – bengkak /ketulan			

.....SAMBUNGAN

Aktiviti	Penemuan		
Mata (contoh: juling, katarak, lelehan dll)			
Mulut (contoh: sumbing, gigi, oral thrush dll)			
Telinga (bentuk, lelehan dll)			
Sistem Respiratori • Bentuk dada, bunyi pernafasan, <i>grunting</i> dll)			
Sistem Kardiovaskular (bunyi luar biasa dll)			
Abdomen (<i>distented</i> , tali pusat, benjolan dll)			
Alat kelamin (rupa bentuk, testis, lelehan)			
Tulang (tulang belakang, tangan, kaki, jari, <i>hip</i>)			
Sistem neurologi i.reflex : <i>moro,grasp, rooting</i> ii. <i>muscle tone/ otot</i>			
Perkara yang membimbangkan ibu bapa/penjaga			
Bimbingan awal diberikan (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)			
Catatan			
Tandatangan & Nama			



RAWATAN POSTNATAL (Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan		
Tarikh:			
Umur semasa lawatan			
Berat badan (kg)			
Panjang (cm)			
Lilitan kepala (cm)			
Tindakbalas (aktif/tidak aktif)			
Warna bayi (normal/biru/ pucat)			
Wajah dismorfik Con: Down's Syndrome			
Jaundis			
Keadaan kulit			
Penilaian penyusuan			
Buang air besar			
Buang air kecil			
Kadar pernafasan (normal 40 – 60/min)			
Kadar denyutan jantung (normal 120 – 160/min)			
Suhu badan (normal suhu ketiak 36.5 – 37.0°C)			
Kepala <ul style="list-style-type: none"> • Rupabentuk • Ubun-ubun • Bengkak / benjolan / caput 			
Leher – bengkak / ketulan			

.....SAMBUNGAN

Aktiviti	Penemuan		
Mata (contoh: juling, katarak, lelehan dll)			
Mulut (contoh: sumbing, gigi, oral thrush dll)			
Telinga (bentuk, lelehan dll)			
Sistem Respiratori <ul style="list-style-type: none">• Bentuk dada, bunyi pernafasan, <i>grunting</i> dll)			
Sistem Kardiovaskular (bunyi luar biasa dll)			
Abdomen (<i>distented</i> , tali pusat, benjolan dll)			
Alat kelamin (rupa bentuk, testis, lelehan)			
Tulang (tulang belakang, tangan, kaki, jari, <i>hip</i>)			
Sistem neurologi i.reflex : <i>moro,grasp, rooting</i> ii. <i>muscle tone/otot</i>			
Perkara yang membimbangkan ibu bapa/penjaga			
Bimbingan awal diberikan (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)			
Catatan			
Tandatangan & Nama			







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan : Tuliskan jawapan 'Ya' , 'Tidak' atau 'Kurang Pasti' di ruang yang berkaitan

	Lawatan umur 1 bulan	Lawatan umur 2 bulan
Adakah bayi anda sihat?		
Adakah bayi anda menyusu dengan baik?		
Adakah berat bayi anda memuaskan?		
Adakah bayi anda memandang muka anda?		
Adakah bayi anda memusingkan kepala ke arah cahaya?		
Adakah bayi anda terkejut mendengar bunyi kuat?		
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?		
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap bayi? Sekiranya ada, nyatakan.		

3.0 LAWATAN KE KLINIK

3.1 PEMERIKSAAN PADA UMUR 1 BULAN (Diisi oleh anggota kesihatan)

Tarikh: Umur semasa lawatan:

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (sekiranya ada MP/B/BT)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>(Sila semak apa yang Ibubapa/penjaga tulis)</i>		
Tindakbalas (aktif/tidak aktif)		
Warna bayi (normal/biru/ pucat)		
Jaundis		
Penilaian penyusuan		
Bimbingan awal diberikan (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)		
Imunisasi (Rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Tarikh Temujanji :	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	
Rujuk pegawai perubatan untuk pemeriksaan rutin	Tarikh:	

Nota : KBB – kurang berat badan, KBBT – kurang berat badan teruk, MP – masalah pertumbuhan, B – bantut, BT – bantut teruk, ME – masalah endokrin, S – susut, ST – susut teruk, LBB – lebih berat badan, RLBB – risiko lebih berat badan.
PERLU MENGAMBIL BMI SETIAP KALI LAWATAN SEKIRANYA ADA MASALAH PERTUMBUHAN



Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

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

Nota: Anggota Kesihatan perlu mendapatkan keputusan G6PD dan TSH/T4 (jika ada) dan catatkan keputusan di rekod kelahiran dalam Bahagian Biodata.

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

3.1.0 PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN

Tarikh: Umur semasa lawatan:

Suhu Badan : °C Kadar respiratori:/min

Kadar denyutan jantung:/min

Pemeriksaan Am : Tanda (✓) di ruangan berkenaan

Pemeriksaan	Normal	Luarbiasa	Catatan
<i>General Condition</i>			
<i>Appearance</i>			
<i>Colour</i>			
<i>Skin</i>			
<i>Head/Neck</i>			
<i>Ears</i>			
<i>Eyes (including red light reflex)</i>			
<i>Lips</i>			
<i>Gum</i>			

Pemeriksaan	Normal	Luarbiasa	Catatan
<i>Palate</i>			
<i>Chest</i>			
<i>Respiration</i>			
<i>Heart</i>			
<i>Abdomen</i>			
<i>Spine</i>			
<i>Anus</i>			
<i>Genitalia</i>			
<i>Femoral Pulse</i>			
<i>Hips</i>			
<i>Hands</i>			
<i>Feet</i>			
<i>Moro Reflex</i>			

Catatan:

.....

.....

.....

.....

Tandatangan pegawai perubatan :

Nama :

Tarikh:

CATATAN

(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



3.2 PEMERIKSAAN PADA UMUR 2 BULAN (Diisi oleh anggota kesihatan)

Tarikh: Umur semasa lawatan:

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Berat (kg) *(Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) *(Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (sekiranya ada MP/B/BT)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>(Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)</i>		
Tindakbalas (aktif/tidak aktif)		
Jaundis		
Penilaian penyusuan		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Nota : KBB – kurang berat badan, KBBT – kurang berat badan teruk, MP- masalah pertumbuhan, B – bantut, BT- bantut teruk, ME – masalah endokrin, S-susut, ST –susut teruk, LBB-lebih berat badan, RLBB – risiko lebih berat badan
PERLU MENGAMBIL BMI SETIAP KALI LAWATAN SEKIRANYA ADA MASALAH PERTUMBUHAN

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

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

Bimbingan Awal : Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga

- Jika bayi anda menangis berterusan, lakukan sesuatu bagi menenangkan bayi. Minta nasihat atau bantuan daripada keluarga atau kawan terdekat. Dapatkan nasihat pegawai perubatan bagi memastikan tiada masalah yang serius.
- Jangan beri bayi anda sebarang ubatan kecuali diarahkan oleh anggota kesihatan
- Jika bayi anda demam berpanjangan selepas mendapat imunisasi, sila dapatkan nasihat dari anggota kesihatan.
- Jika anda menghantar bayi anda ke pusat jagaan kanak-kanak atau rumah pengasuh, pilihlah yang selamat, bersih dan tidak ramai bilangan kanak-kanaknya. Sekiranya anda ingin menghantar anak anda ke pusat asuhan, pastikan:
- Berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat
 - Persekitaran yang selamat dan bersih
 - Mempunyai penjaga yang terlatih
 - Anda dibenarkan melawat anak pada bila-bila masa

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

CATATAN
(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan : Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Adakah bayi anda :	Lawatan umur 3 bulan	Lawatan umur 4 bulan
Kepala tegak apabila didukung (tidak lembik)		
Bayi menumpukan pandangan dan menggerakkan mata mengikut objek?		
Bayi ketawa atau menunjukkan tindakbalas apabila diacah?		
Bayi bersuara A-a, A-oo?		
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?		
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap bayi? Sekiranya ada, nyatakan.		

3.3 PEMERIKSAAN PADA UMUR 3 BULAN DAN 4 BULAN

(Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh lawatan		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (Normal/S/ST/LBB/ RLBB/ Obese) <ul style="list-style-type: none">Ambil BMI pada umur 4 bulan sekiranya ada MP/B/BT)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>(Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)</i>		
Tindakbalas (aktif/tidak aktif)		
Jaundis		
Penilaian penyusuan		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi) <ul style="list-style-type: none">Parut BCG		
Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Nota : KBB – kurang berat badan, KBBT – kurang berat badan teruk, MP – masalah pertumbuhan, B – bantut, BT – bantut teruk, ME – masalah endokrin, S – susut, ST – susut teruk, LBB – lebih berat badan, RLBB – risiko lebih berat badan.

PERLU MENGAMBIL BMI SETIAP KALI LAWATAN SEKIRANYA ADA MASALAH PERTUMBUHAN



Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

.....

.....

.....

Senarai Semak Perkembangan Umur 3 bulan (sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

	Perkembangan	Ya	Tidak
1.	Leher bayi tegak apabila didukung?		
2.	Bayi menggerakkan semua anggota dengan baik? (Perhatikan)		
3.	Bayi berkukur atau mengekek? (<i>cooing/ squealing</i>)		
4.	Bayi terkejut pada bunyi kuat		
5.	Bayi membalas dengan senyuman?		
6.	Bayi memandang muka anda?		

Jika ada jawapan '**tidak**':

- Rujuk *Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji :

Tempat rujukan :

Tujuan rujukan :

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

Bimbingan Awal: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)

Luangkan masa untuk bermain dan bercakap dengan bayi anda.

Pilih alat permainan yang selamat dan sesuai untuk bayi anda.

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

REKOD KESIHATAN BAYI DAN KANAK-KANAK _____



CATATAN

(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan : Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Adakah bayi anda :	Lawatan umur 5 bulan	Lawatan umur 6 bulan
Mengawal kepalanya ketika di tarik dari keadaan baring ke duduk?		
Meniarap dan menelentang?		
Menggenggam objek?		
Cuba mencapai mainan?		
Menoleh ke arah bunyi?		
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?		
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap bayi? Sekiranya ada, nyatakan.		

3.4 PEMERIKSAAN SEMASA UMUR 5 DAN 6 BULAN
(Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh Lawatan		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (Normal/S/ST/LBB/ RLBB/ Obese) <ul style="list-style-type: none"> • Ambil BMI pada umur 5 bulan sekiranya ada MP/B/BT 		
Lilitan kepala (cm)		
(termasuk mulut)		
Perkara yang membimbangkan ibu bapa		
Bimbingan awal	(Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)	Rujuk bimbingan awal umur 6 bulan dan Panduan Ibubapa/Penjaga
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Rujuk Pemeriksaan Pergigian		Tarikh :
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		

Nota : KBB – kurang berat badan, KBBT – kurang berat badan teruk, MP – masalah pertumbuhan, B – bantut, BT – bantut teruk, ME – masalah endokrin, S – susut, ST – susut teruk, LBB – lebih berat badan, RLBB – risiko lebih berat badan.

PERLU MENGAMBIL BMI SETIAP KALI LAWATAN SEKIRANYA ADA MASALAH PERTUMBUHAN



Senarai Semak Perkembangan Umur 6 Bulan (sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis):

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

	Perkembangan	Ya	Tidak
1.	Bayi boleh mengawal kepalanya ketika ditarik dari keadaan baring ke duduk		
2.	Bayi boleh meniarap dan menelentang		
3.	Bayi boleh menggenggam objek		
4.	Mata bayi mengikut pergerakan objek		
5.	Bayi bertindakbalas kepada bunyi		

Jika ada jawapan ‘**tidak**’:

- Rujuk *Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji :

Tempat rujukan :

Tujuan rujukan :

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

Bimbingan Awal Pada Umur 6 Bulan: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibu bapa/ Penjaga)

Kebersihan diri

- Penggunaan puting tiruan adalah tidak digalakkan
- Bersihkan bahagian dalam mulut bayi dengan kain basah sekurang-kurangnya dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam
- Ibu mestilah membasuh tangan selepas menukar lampin

Pemakanan

- **Makanan pelengkap HANYA diperkenalkan semasa bayi berumur 6 bulan (rujuk Panduan Pemakanan Mengikut Peringkat Umur di dalam Panduan Ibu bapa/ Penjaga).**
- Galakkan anak anda minum dari cawan mulai dari umur 6 bulan kerana penggunaan botol susu yang berterusan akan meninggikan risiko kejadian kerosakan gigi.

Pertumbuhan gigi

- Pertumbuhan gigi susu pertama dijangka akan berlaku. Dapatkan pemeriksaan gigi sebaik sahaja gigi tumbuh.

Keselamatan dan pencegahan kecederaan

- Aktiviti bayi anda perlu diawasi setiap masa.
- Jangan guna ‘baby walker’ kerana ia boleh menyebabkan kecederaan dalam dan luaran yang teruk

- Jangan beri bayi anda kacang atau alat permainan yang kecil yang boleh menyebabkan tercekik.
- Pilih alat permainan yang selamat dan sesuai untuk bayi anda.

3.4.1 PEMERIKSAAN PERGIGIAN (UMUR 0-9 BULAN) (Diisi oleh anggota pergigian)

Tarikh: Umur semasa lawatan:

Tandakan (✓) pada ruang yang disediakan

BIL.	SOALAN-SOALAN	YA	TIDAK	CATATAN
1.	Bayi menghisap susu botol			
2.	Bayi menghisap puting tiruan			
3.	Bayi tidur dengan menghisap botol susu atau susu ibu			
4.	Ibubapa/penjaga merasa dahulu makanan sebelum menyuapkan makanan ke dalam mulut bayi			
5.	Bayi minum air lain selain daripada susu			
6.	Memberi makanan ringan kepada bayi			
7.	Membersihkan mulut bayi setiap hari			

BIMBINGAN AWAL: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi

- Jangan biarkan bayi anda tidur bersama-sama botol susu/ payudara di dalam mulut. Ini akan mengakibatkan kerosakan gigi awal/ karies botol susu.
- Jangan masukkan gula/ manisan ke dalam susu bayi.
- Elakkan menyalutkan puting dengan gula atau madu.
- Bersihkan mulut bayi dengan kain lembut yang bersih selepas menyusu.
- Dalam proses pertumbuhan gigi anak anda mungkin mengalami tidak selesa seperti:
 - a. Suka menggigit benda keras
 - b. Air liur meleleh
 - c. Demam
- Sekiranya bayi anda mengalami masalah tersebut:
 - d. Urut gusi dengan jari atau tuala yang bersih.
 - e. Memberi anak anda sesuatu yang selamat dan bersih untuk digigit dan elakkan memberi biskut yang melekit dan bergula.



- Elakkan memberi kanak-kanak makanan berlemak, tinggi garam dan gula serta tidak berkhasiat seperti gula-gula, kek, coklat, ais krim, kentang goreng segera dan minuman berkarbonat.
- Jangkitan kuman boleh dipindahkan jika ibu menyuapkan makanan dari mulutnya ke mulut bayi.
- Sebaik sahaja gigi susu pertama tumbuh, cuci giginya dengan menggunakan kain lembut basah atau berus gigi kecil yang sesuai.
- Sentiasa periksa gigi dengan mengangkat bibir.
- Gigi susu adalah penting untuk pembentukan gigi kekal yang sempurna.

PEMERIKSAAN:

BIL	PENEMUAN	CATATAN

“CARIES RISK ASSESSMENT” - Mengikut kriteria aplikasi fluoride vanish
 (* Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan)

Low Risk	Moderate Risk	High Risk

RUJUK KEPADA PEGAWAI/JURURAWAT PERGIGIAN

Tarikh temujanji: Tarikh rawatan:

Catatan:

.....

.....

.....

.....

Tandatangan Pegawai/Jururawat Pergigian
 Cop Pegawai

CATATAN
 (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)









UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan : Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Adakah bayi anda:	Lawatan umur 9 bulan	Lawatan umur 10 bulan
Duduk tanpa bantuan?		
Memindahkan objek dari tangan ke tangan?		
Menyuap makanan ke mulut?		
Menentukan arah datangnya bunyi dengan tepat?		
Meniru sebutan seperti Ma-Ma..Ba-Ba..Da-Da?		
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?		
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap bayi? Sekiranya ada, nyatakan.		

3.5 PEMERIKSAAN PADA UMUR 9 BULAN (Diisi oleh anggota kesihatan)

Tarikh: Umur semasa lawatan:

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (Normal/S/ ST/LBB/ RLBB/Obese)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>(Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)</i>		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Tarikh Temujanji :	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Nota : KBB – kurang berat badan, KBBT – kurang berat badan teruk, MP – masalah pertumbuhan, B – bantut, BT – bantut teruk, ME – masalah endokrin, S – susut, ST – susut teruk, LBB – lebih berat badan, RLBB – risiko lebih berat badan.

PERLU MENGAMBIL BMI SETIAP KALI LAWATAN SEKIRANYA ADA MASALAH PERTUMBUHAN



Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

.....

.....

.....

Senarai semak perkembangan (sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/ penjaga tulis):

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

	Perkembangan	Ya	Tidak
1	Bayi duduk tanpa bantuan.		
2	Bayi memindahkan objek dari satu tangan ke tangan yang lain.		
3	Bayi meniru sebutan...ma-ma...ba-ba... da-da		
4.	Menentukan arah datangnya bunyi dengan tepat?		

Jika ada jawapan '**tidak**':

- Rujuk *Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji :

Tempat rujukan :

Tujuan rujukan :

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

Bimbingan Awal: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)

Pemakanan

- Perkenalkan anak anda dengan makanan seperti roti dan biskut.

Keselamatan dan pencegahan kecederaan

- Ambil langkah-langkah pencegahan untuk mengelakkan bayi daripada terjatuh dari katil/ tangga.
- Jangan beri bayi anda kacang atau alat permainan yang kecil yang boleh menyebabkannya tercekik.

Dapatkan pemeriksaan gigi sekiranya belum diperiksa

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

REKOD KESIHATAN BAYI DAN KANAK-KANAK _____



3.6 PEMERIKSAAN PADA UMUR 10 BULAN (Sarawak)

(Diisi oleh anggota kesihatan)

Tarikh:

Umur semasa lawatan:

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (sekiranya ada MP/B/BT)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) (Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Temujanji :	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

.....

.....

.....

.....

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA/PENJAGA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan : Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Adakah anak anda :	Lawatan umur 12 bulan	Lawatan umur 15 bulan
Bangun berdiri apabila ditarik tangannya?		
Mengetuk 2 kiub/objek?		
Mengambil benda kecil menggunakan ibu jari dan jari telunjuk (pincer grasp)?		
Bermain 'tepuk amai-amai'?		
Menyebut Pa-Pa, Ma-ma (tidak spesifik)?		
Boleh mengikut arahan yang mudah		
Menconteng		
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?		
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap anak? Sekiranya ada, nyatakan.		

3.7 PEMERIKSAAN PADA UMUR 12 BULAN DAN 15 BULAN

(Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh		
Umur Semasa Lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (Normal/S/ST/LBB/RLBB/ Obese)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut)		
Perkara yang membimbangkan ibu bapa/penjaga		
Rujuk Pemeriksaan Pergigian	Tarikh:	
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Catatan		
Tarikh Temujanji :	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Nota : KBB – kurang berat badan, KBBT – kurang berat badan teruk, MP – masalah pertumbuhan, B – bantut, BT – bantut teruk, ME – masalah endokrin, S – susut, ST – susut teruk, LBB – lebih berat badan, RLBB – risiko lebih berat badan.

PERLU MENGAMBIL BMI SETIAP KALI LAWATAN SEKIRANYA ADA MASALAH PERTUMBUHAN



Senarai Semak Perkembangan Umur 12 Bulan (sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

	Perkembangan	Ya	Tidak
1	Bayi berdiri tanpa bantuan.		
2	Bayi mengambil benda kecil dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk. (<i>thumb & index finger grasp</i>).		
3	Bayi menggetuk 2 objek satu sama lain.		
4	Bayi menyebut da-da/ ma-ma tanpa makna.		
5	Bayi boleh bermain tepuk amai-amai atau melambai tangan.		

Jika ada jawapan ‘**tidak**’:

- Rujuk *Pegawai Perubatan/ FMS/ Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji :

Tempat rujukan :

Tujuan rujukan :

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

Bimbingan Awal Umur 12 Bulan: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibumaba/Penjaga)

Kebersihan diri

- Cuci tangan anak sebelum makan dan selepas ke tandas.
- Memberus gigi dengan ubat gigi berfluorida sekurang-kurangnya dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Biasakan periksa gigi anak dengan mengangkat bibir.
- Pastikan anak mendapat pemeriksaan gigi di klinik.

Pemakanan

- Galakkan penyusuan susu ibu sehingga bayi berumur 2 tahun.
- Perkenalkan makanan keluarga kepada anak secara beransur-ansur.

Keselamatan dan pencegahan kecederaan

- Jangan tinggalkan bayi anda di tempat takungan air (contoh: baldi, besen, bilik air dan lain-lain) tanpa pengawasan kerana ia boleh menyebabkan lemas.
- Jangan biarkan bayi anda bermain beg plastik kerana boleh mengakibatkan lemas.
- Semua ubatan dan racun (contoh: minyak tanah/ agen peluntur) perlu disimpan di tempat yang selamat dan tidak dapat diambil atau disimpan di dalam bekas yang tidak boleh dibuka oleh kanak-kanak.

- Jangan beri anak anda kacang dan bahagian permainan yang kecil kerana boleh menyebabkan tercekik.
- Gunakan tempat duduk anak (*Baby Car Seat*) di dalam kereta semasa memandu.

Kemahiran keibubapaan

- Amalkan kemahiran keibubapaan yang baik.
- Memukul dan menengking tidak boleh membantu dalam mendisiplinkan kanak-kanak.

Nasihat berkaitan pemilihan pusat penjagaan anak

Sekiranya anda ingin menghantar anak anda ke pusat asuhan, pastikan:

- Berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat
- Persekitaran yang selamat dan bersih
- Mempunyai penjaga yang terlatih
- Anda dibenarkan melawat anak pada bila-bila masa

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

3.7.1 RUJUK JURURAWAT/ PEGAWAI PERGIAN

Tarikh temujanji:Tarikh diperiksa:

Umur Semasa Lawatan:

Penemuan/ Catatan:

.....

Tandatangan:

Nama & Cop:

CATATAN

(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA/PENJAGA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan : Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Adakah anak anda :	Lawatan semasa umur 18 bulan	Lawatan semasa umur 21 bulan
Berjalan sendiri?		
Boleh menconteng?		
Menyebut 3 perkataan dengan makna?		
Mengikut arahan yang mudah?		
Minum dari cawan?		
Menanggalkan pakaian		
Melompat setempat		
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?		
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap anak? Sekiranya ada, nyatakan.		

3.8 PEMERIKSAAN PADA UMUR 18 BULAN DAN 21 BULAN
(Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh		
Umur Semasa Lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Tinggi (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (Normal/S/ST/LBB/ RLBB/ Obese)		
Lilitan kepala (cm)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>(Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)</i> *Lakukan ujian saringan M-CHAT pada umur 18 bulan		
Rujuk Pegawai Perubatan	Tarikh:	
Rujuk Pegawai Pergigian	Tarikh:	Tarikh:
Imunisasi (Rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Catatan		
Tarikh Temujanji :	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

.....

.....

.....



Senarai semak perkembangan Umur 18 bulan (sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis):

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

	Perkembangan	Ya	Tidak
1.	Bayi berjalan sendiri.		
2.	Bayi menconteng.		
3.	Bayi menyebut sekurang-kurangnya tiga perkataan yang bermakna.		
4.	Bayi mengikut arahan yang mudah.		
5.	Lulus saringan M-CHAT (rujuk Jadual M-CHAT).		

Jika ada jawapan ‘**tidak**’:

- Rujuk *Pegawai perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji :

Tempat rujukan :

Tujuan rujukan :

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

Bimbingan Awal Umur 18 Bulan: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibubapa/Penjaga)

Kebersihan diri

- Cuci tangan anak sebelum makan dan selepas ke tandas.
- Memberus gigi dengan ubat gigi berfluorida sekurang-kurangnya dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Biasakan periksa gigi anak dengan mengangkat bibir.
- Pastikan anak dapat pemeriksaan gigi di klinik.

Pemakanan

- Berikan anak anda pelbagai jenis makanan untuk sumber tenaga bagi pertumbuhan, perkembangan dan melakukan aktiviti.
- Beri makanan kepada anak sedikit-sedikit dan kerap.

Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan

- Jangan biarkan anak bermain bersendirian di dalam atau berhampiran takungan air (basin, baldi, kolam, kolah) atau di dalam bilik air kerana boleh menyebabkan lemas.
- Elakkan anak bermain dengan beg plastik kerana boleh menyebabkan lemas.

- Semua ubatan dan racun (contoh: minyak tanah/ agen peluntur) perlu disimpan di tempat yang selamat dan tidak dapat diambil atau disimpan di dalam bekas yang tidak boleh dibuka oleh kanak-kanak.
- Jangan beri anak anda kacang dan bahagian permainan yang kecil kerana boleh menyebabkan tercekik.
- Dudukkan anak di dalam '*child car seat*' semasa berada dalam kenderaan.

Kemahiran Keibubapaan

- Amalkan kemahiran keibubapaan yang baik (Lampiran 5).
- Jangan memukul atau menengking kerana ia tidak boleh membantu dalam mendisiplinkan kanak-kanak.

Nasihat berkaitan pemilihan pusat penjagaan anak

Sekiranya anda ingin menghantar anak anda ke pusat asuhan, pastikan:

- Berdaftar dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat
- Persekitaran yang selamat dan bersih
- Mempunyai penjaga yang terlatih
- Anda dibenarkan melawat anak pada bila-bila masa

Perhatikan masalah perkembangan

- Awasi tanda-tanda amaran kelewatan perkembangan (Rujuk Carta Perkembangan Si Comel Anda).

CATATAN

(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







3.8.1 UJIAN SARINGAN PERKEMBANGAN TINGKAH LAKU KANAK-KANAK (M-CHAT)

**Sila rujuk garis panduan penggunaan M-CHAT di dalam buku Garis Panduan Buku Rekod Kesihatan Kanak-kanak.*

Arahan: Jawab semua soalan. Tulis 'Ya' atau 'Tidak' pada ruang jawapan yang disediakan.

1. Enam soalan yang digelapkan adalah soalan kritikal (soalan 2,7,9,13,14 dan 15)
2. Kanak-kanak memerlukan penilaian lanjut oleh pegawai perubatan sekiranya ada jawapan yang tidak sama dengan jawapan yang terdapat di dalam buku Garis Panduan Rekod Kesihatan Kanak-kanak:
 - i. Dua atau lebih soalan kritikal ATAU
 - ii. Tiga atau lebih mana-mana soalan

Bil.	Soalan	Umur 18 bulan	Umur 3 tahun
	Tarikh ujian dijalankan		
	Nama pegawai yang menjalankan ujian		
1	Adakah anak anda seronok apabila ditimang, dibuai atau dihenjut atas kaki/ paha dan sebagainya? <i>Does your child enjoy being swung, bounced on your knee, etc?</i>		
2	Adakah anak anda menunjukkan minat terhadap kanak-kanak lain? (contohnya bergaul, bermain, berkawan) <i>Does your child take an interest in other children?</i>		
3	Adakah anak anda suka memanjat, contohnya tangga, kerusi, meja dan lain-lain? <i>Does your child like climbing on things, such as up stairs?</i>		
4	Adakah anak anda seronok bermain "cak-cak" atau main sorok-sorok? <i>Does your child enjoy playing peek-a-boo or hide and seek?</i>		
5	Adakah anak anda pernah bermain olok- olok/ berlakon, contohnya menelefon, bermain anak patung atau bermain masak-masak dan sebagainya? <i>Does your child ever pretend for example to talk on the phone or take care of dolls or pretend other things?</i>		

Bil.	Soalan	Umur 18 bulan	Umur 3 tahun
6	Adakah anak anda pernah menunjuk/ menggunakan jari telunjuk untuk meminta sesuatu? <i>Does your child ever use his/her index finger to point, to ask for something?</i>		
7	Adakah anak anda pernah menunjuk menggunakan jari telunjuk terhadap sesuatu yang menarik minatnya? <i>Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something?</i>		
8	Bolehkah anak anda bermain dengan alat permainan yang kecil dengan betul, selain dari memasukkannya ke dalam mulut, membelek-belek atau menjatuhkan permainan itu?(contohnya kiub, kereta kecil, dll) <i>Can your child play properly with small toys without just mouthing, fiddling or dropping them?</i>		
9	Pernahkah anak anda membawa objek/ benda dan menunjukkannya kepada anda? <i>Does your child ever bring objects over to you (parent) to show you something?</i>		
10	Adakah anak anda bertentang mata dengan anda lebih daripada dua saat? <i>Does your child look you in the eye for more than a second or two?</i>		
11	Pernahkah anak anda kelihatan seperti tersangat sensitif/terganggu terhadap bunyi bising?(contohnya: menutup telinga) <i>Does your child ever seem oversensitive to noise?(e.g. plugging ears)</i>		
12	Adakah anak anda senyum bila melihat anda atau membalas senyuman anda? <i>Does your child smile in response to your face or your smile?</i>		
13	Adakah anak anda meniru perlakuan anda (contohnya meniru mimik muka anda dan sebagainya)? <i>Does your child imitate you? (e.g. if you make a face will your child imitate it?)</i>		



Bil.	Soalan	Umur 18 bulan	Umur 3 tahun
14	Adakah anak anda bertindak balas apabila namanya dipanggil? <i>Does your child respond to his/her name when you call?</i>		
15	Sekiranya anda menunjuk pada alat permainan yang jauh dari anda, adakah anak anda akan melihat kepada alat permainan tersebut? <i>If you point at a toy across the room, does your child look at it?</i>		
16	Bolehkah anak anda berjalan? <i>Does your child walk?</i>		
17	Adakah anak anda akan melihat pada benda yang sedang anda lihat? <i>Does your child look at things you are looking at?</i>		
18	Adakah anak anda membuat pergerakan jari yang ganjil/pelik dekat mukanya? <i>Does your child make unusual finger movements near his/her face?</i>		
19	Adakah anak anda cuba menarik perhatian anda terhadap aktiviti yang dilakukannya? <i>Does your child try to attract your attention to his/her own activity?</i>		
20	Pernahkah anda terfikir bahawa anak anda ada masalah pendengaran? <i>Have you ever wondered if your child is deaf?</i>		
21	Adakah anak anda dapat memahami percakapan orang? <i>Does your child understand what people say?</i>		
22	Adakah anak anda kadang-kala kelihatan termenung atau merayau/berjalan tanpa tujuan? <i>Does your child sometimes stare at nothing or wander with no purpose?</i>		
23	Adakah anak anda memandangi ke muka anda untuk melihat reaksi/tindakbalas anda apabila ia menghadapi sesuatu yang baru atau tidak biasa? <i>Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar?</i>		

Rujukan: Copyright © 1999 Robin, Fein & Barton

3.8.2 PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN

Perkara yang perlu diambil perhatian:

1. Beri perhatian kepada perkara yang membimbangkan ibubapa jika ada
2. Semak tumbesaran anak (normal/ kurang berat badan/ lebih berat badan)
3. Pemeriksaan fizikal yang lengkap

Pemeriksaan Am : Tanda (✓) di ruangan berkenaan

Pemeriksaan	Normal	Abnormal	Catatan
<i>General Condition</i>			
<i>Appearance</i>			
<i>Skin</i>			
<i>Ears (hearing/wax)</i>			
<i>Eyes (including red light reflex)</i>			
<i>Respiration</i>			
<i>Heart</i>			
<i>Abdomen</i>			
<i>Spine</i>			
<i>Upper limb</i>			
<i>Lower limb</i>			
<i>Gait</i>			
<i>Genitalia</i>			
<i>Development</i>			
<i>i. Gross motor</i>			
<i>ii. Fine motor</i>			
<i>iii. Speech</i>			
<i>iv. Psychosocial</i>			
<i>v. Cognitive</i>			

Rujukan FMS/Pakar Pediatrik : Ya Tidak

Sebab Dirujuk :

Tempat rujukan: Tarikh temujanji:

Dilakukan oleh (Pegawai perubatan):

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:



3.8.2 PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN

Perkara yang perlu diambil perhatian:

1. Beri perhatian kepada perkara yang membimbangkan ibubapa jika ada
2. Semak tumbesaran anak (normal/ kurang berat badan/ lebih berat badan)
3. Pemeriksaan fizikal yang lengkap

Pemeriksaan Am : Tanda (✓) di ruangan berkenaan

Pemeriksaan	Normal	Abnormal	Catatan
<i>General Condition</i>			
<i>Appearance</i>			
<i>Skin</i>			
<i>Ears (hearing/wax)</i>			
<i>Eyes (including red light reflex)</i>			
<i>Respiration</i>			
<i>Heart</i>			
<i>Abdomen</i>			
<i>Spine</i>			
<i>Upper limb</i>			
<i>Lower limb</i>			
<i>Gait</i>			
<i>Genitalia</i>			
<i>Development</i>			
<i>i. Gross motor</i>			
<i>ii. Fine motor</i>			
<i>iii. Speech</i>			
<i>iv. Psychosocial</i>			
<i>v. Cognitive</i>			

Rujukan FMS/Pakar Pediatrik : Ya Tidak

Sebab Dirujuk :

Tempat rujukan: Tarikh temujanji:

Dilakukan oleh (Pegawai perubatan):

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

REKOD KESIHATAN BAYI DAN KANAK-KANAK _____



3.8.3 PEMERIKSAAN PERGIGIAN (10 - 23 BULAN) (Diisi oleh anggota pergigian) :

Tarikh: Umur semasa lawatan:

BIL.	SOALAN-SOALAN	YA	TIDAK	CATATAN
1.	Anak dibiarkan tertidur dengan botol susu di dalam mulut atau ketika menyusu badan			
2.	Ibubapa/penjaga pernah mendengar tentang karies botol susu			
3.	Pernah mencampurkan gula ke dalam susu anak			
4.	Memberi minuman lain selain daripada susu dengan menggunakan botol susu			
5.	Kerap memberi makanan ringan (snek) di antara waktu makan utama. Jika YA berapa kerap?			
6.	Anak menghisap puting tiruan atau jari			
7.	Ibu bapa/ penjaga pernah memeriksa mulut anak			
8.	Membersihkan mulut anak setiap hari. Jika YA berapa kerap?			
9.	Menggunakan ubat gigi ketika memberus gigi anak			
10.	Pernah membawa anak membuat pemeriksaan gigi. Jika YA berapa kerap?			

BIMBINGAN AWAL : Tandakan (✓) selepas nasihat diberi

- Gigi susu adalah penting untuk pembentukan gigi kekal yang sempurna.
- Karies botol susu boleh dielakkan dengan:
- Tidak membiarkan anak anda tidur dengan menghisap botol susu dalam mulut.
 - Mengalihkan botol susu dari mulut anak anda dengan perlahan sebaik sahaja anak anda habis menyusu/ tertidur.
 - Menggunakan cawan bila anak anda berumur 6 bulan ke atas.
 - Menggalakkan anak anda minum air kosong setiap kali selepas menyusu.
- Mengelakkan anak anda berkongsi makanan dan minuman dengan sesiapa sahaja bagi mencegah jangkitan kuman.



- Gula tersembunyi boleh membahayakan kesihatan anak anda. Oleh itu:
 - Kurangkan makanan dan minuman manis antara waktu makan tetap
 - Elakkan dari menambah gula ke dalam susu anak anda.
 - Elakkan dari menyalut puting dengan madu/manisan.
- Elakkan bayi anda menghisap jari atau puting. Ini akan menyebabkan perubahan bentuk pada rahang (jongang).
- Penjagaan gigi
 - Sentiasa periksa gigi dengan mengangkat bibir anak anda
 - Cuci gigi anak anda dengan kain lembut yang basah semasa mandi dan sebelum tidur, sebaik sahaja gigi susu pertama tumbuh.
 - Berus gigi anak anda dengan berus gigi yang lembut dan ubat gigi apabila gigi bertambah.

Sekiranya berlakunya trauma/kecederaan pada mulut atau gigi anak anda, sila bawa anak ke klinik pergigian berdekatan

Pemeriksaan:

Bil	Pemeriksaan	Penemuan
1.	Bilangan gigi yang ada	
2.	Kesihatan mulut: - Plak - Karies (Bil Gigi)	
3.	Keganjilan lain yang dikesan: - Ulser - <i>White Spot</i> - <i>Abscess</i>	
4.	Kecederaan -Trauma - Patah Gigi	
5.	Catatan	

“CARIES RISK ASSESSMENT” - Mengikut kriteria aplikasi *fluoride varnish*
(* Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan)

<i>Low Risk</i>	<i>Moderate Risk</i>	<i>High Risk</i>



RUJUK KEPADA PEGAWAI/JURURAWAT PERGIGIAN

Tarikh temujanji:

Tarikh rawatan:

Catatan:

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

.....
Tandatangan Pegawai/Jururawat Pergigian
Cop Pegawai

CATATAN
(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA/PENJAGA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan: Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Adakah anak anda boleh:	Lawatan umur 2 tahun	Lawatan umur 2 tahun 6 bulan	Lawatan umur 3 tahun	Lawatan umur 3 tahun 6 bulan
Boleh berlari?				
Menyepak bola?				
Merangkai 2 perkataan seperti 'nak makan'?				
Mengenali anggota badan?				
Membuka pakaian?				
Memakai pakaian				
Melukis bulatan				
Merangkai 2 perkataan seperti 'nak makan nasi'?				
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?				
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap anak? Sekiranya ada, nyatakan.				

3.9 LAWATAN PEMERIKSAAN KESIHATAN KE KLINIK 2 TAHUN, 2 TAHUN 6 BULAN, 3 TAHUN DAN 3 TAHUN 6 BULAN

Aktiviti	Penemuan			
Tarikh				
Umur semasa lawatan				
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)				
Tinggi /panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)				
BMI (kg/m ²) (Normal/S/ST/LBB/RLBB/Obese)				
Lilitan kepala (cm)				
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis</i>				
Perkara yang membimbangkan ibu bapa				
Bimbingan awal	(Rujuk Panduan Ibubapa/Penjaga)			
Lulus Ujian M-Chat (rujuk Carta M-CHAT dalam pemeriksaan umur 18 bulan)				



Aktiviti	Penemuan			
Imunisasi (Rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)				
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)			
Catatan				
Tandatangan & Nama				

CATATAN
(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

CATATAN
(Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)







UNTUK DI ISI OLEH IBU BAPA/PENJAGA SEBELUM PEMERIKSAAN

Arahan: Tuliskan jawapan 'Ya' atau 'Tidak' di ruang yang berkaitan

Bolehkah anak anda:	UMUR 4 TAHUN	UMUR 5 TAHUN	UMUR 6 TAHUN
Berdiri sebelah kaki?			
Melukis bulatan?			
Mengurus penjagaan diri seperti buang air kecil dan besar?			
Pertuturan boleh difahami oleh semua orang?			
Bergaul dengan kanak-kanak lain?			
Melompat tali dengan 2 kaki			
Tiru rajah segiempat			
Mengayuh basikal			
Bercakap dengan petah			
Adakah anda mempunyai masalah menjaga bayi anda?			
Adakah anda mempunyai sebarang kebimbangan terhadap anak? Sekiranya ada, nyatakan.			

3.10 PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN (Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Tarikh:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Tinggi (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m²) (Normal/S/ST/LBB/RLBB/Obese)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis</i>		
Pemeriksaan mata	Tarikh:	Rujuk 3.10.1
Rujuk Pegawai Perubatan	Tarikh:	
Rujuk Pegawai Pergigian	Tarikh:	
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga

.....

.....

Senarai Semak Perkembangan (sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis):

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

	Perkembangan	Ya	Tidak
1.	Orang lain boleh memahami pertuturan anak		
2.	Anak boleh bercakap menggunakan ayat sepenuhnya?		
3.	Anak boleh meniru lukisan bulatan. (Perhatikan)		
4.	Anak boleh berinteraksi dengan kanak-kanak lain		

Jika ada jawapan 'tidak':



- Rujuk *Pegawai perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji: Tempat rujukan:

Tujuan rujukan:

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver.
- Lakukan stimulasi awal.

Bimbingan Awal: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)

Pemakanan

- Beri anak makanan berkhasiat semasa waktu makan utama.
- Pilih snek berkhasiat kepada anak seperti buah-buahan, sayur-sayuran, susu, dadih.
- Elakkan makanan ringan yang tidak berkhasiat, minuman bergas dan manis.
- Pastikan anak anda minum 4-6 gelas cecair dalam bentuk air masak, jus buah-buahan atau sup.

Penjagaan Gigi

- Berus gigi dengan ubat gigi berfluorida dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Dapatkan pemeriksaan gigi setiap 6 bulan.
- Hentikan tabiat menghisap jari/ puting tiruan bagi mengelakkan masalah susunatur pergigian.

Elakkan kecederaan

- Mengajar anak amalan baik di jalan raya (ibu bapa perlu menjadi contoh).
- Gunakan topi keselamatan bila menunggang basikal.
- Pastikan anak menggunakan kerusi keselamatan dan pasang tali pinggang keselamatan semasa di dalam kereta.
- Elakkan anak bermain di longkang, kolam, perigi atau sungai.
- Pastikan tingkap berpagar untuk mengelakkan anak anda terjatuh.

Promosi dan amalan kesihatan mental yang sihat

- Amalkan peraturan yang sentiasa tetap dan tegas.
- Guna budi bicara sebelum menjatuhkan hukuman.
- Luangkan masa untuk berbual dengan anak anda.
- Jadi seorang pendengar yang baik.
- Menekankan amalan yang baik dengan puji- pujian.
- Hindarkan dari memberi gelaran yang negatif terhadap anak anda.

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:







3.10.1 PEMERIKSAAN MATA

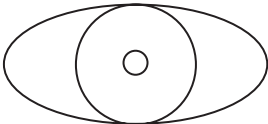
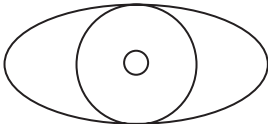
Tarikh Ujian Dijalankan: Umur:

Bahagian A (Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan)

PEMERHATIAN BAHAGIAN LUAR MATA	Ya	Tidak
Bengkak di sekeliling mata		
Mata berair		
Mata bertahi		
Mata kuyu		
Ketumbuhan pada mata putih		
Warna iris mata kanan dan kiri tidak sama		
Pupil tidak berbentuk bulat		
Pupil berwarna putih*		
Lain-lain (sila nyatakan):		

Nota: Sila rujuk kepada Pegawai Perubatan jika kanak-kanak mengalami mata merah atau pupil kanak-kanak kelihatan kabut atau putih.

Bahagian B

UJIAN HIRSCHBERG (Lukiskan kedudukan pantulan cahaya pada gambarajah di bawah)	
MATA KANAN	MATA KIRI
	

Bahagian C

UJIAN AKUITI VISUAL		
	MATA KANAN	MATA KIRI
Tanpa cermin mata		
Dengan cermin mata		
Dengan cermin mata & pin hole		

- Kanak-kanak berumur bawah 4 tahun tidak perlu lakukan ujian pin hole

Rujukan (sila bulatkan): Tidak/ Ya (Nyatakan tempat dirujuk)

Nama & Tandatangan Pemeriksa:

REKOD KESIHATAN BAYI DAN KANAK-KANAK _____

3.10.2 PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN

Perkara yang perlu diambil perhatian:

1. Beri perhatian kepada perkara yang membimbangkan ibubapa jika ada
2. Semak tumbesaran anak (normal/kurang berat badan/lebih berat badan)
3. Pemeriksaan fizikal yang lengkap

Pemeriksaan Am: Tanda (✓) di ruangan berkenaan

Pemeriksaan	Normal	Luar biasa	Catatan
<i>General Condition</i>			
<i>Appearance</i>			
<i>Skin</i>			
<i>Ears</i>			
<i>Eyes (including red light reflex)</i>			
<i>Respiration</i>			
<i>Heart</i>			
<i>Abdomen</i>			
<i>Spine</i>			
<i>Upper limb</i>			
<i>Lower limb</i>			
<i>Gait</i>			
<i>Development</i>			
<i>i. Gross motor</i>			
<i>ii. Fine motor</i>			
<i>iii. Speech</i>			
<i>iv. Psychosocial</i>			
<i>v. Cognitive</i>			

Rujukan FMS/Pakar Pediatrik: Ya Tidak

Sebab Dirujuk:

Tempat rujukan: Tarikh temujanji:

Dilakukan oleh (Pegawai perubatan):

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:



3.10.3 PEMERIKSAAN PERGIGIAN (UMUR 2- 4 TAHUN)
(Diisi oleh anggota pergigian):

Tarikh: Umur semasa lawatan:

BIL.	SOALAN-SOALAN	YA	TIDAK	CATATAN
1.	Ibubapa/penjaga menyelia anak semasa memberus gigi			
2.	Anak memberus gigi sebelum tidur			
3.	Menggunakan ubat gigi berfluorida semasa memberus gigi			
4.	Kerap mengambil makanan manis			
5.	Menambahkan gula semasa membancuh susu			
6.	Anak suka makanan manis			
7.	Anak menghisap jari/puting tiruan / botol			
8.	Ibubapa/ penjaga memeriksa gigi anak			
9.	Anak pernah mendapat pemeriksaan pergigian			

BIMBINGAN AWAL: Tandakan (✓) selepas nasihat diberi.

- Awasi dan memastikan anak anda menggosok gigi dengan berus gigi yang sesuai sekurang-kurangnya 2 kali sehari terutamanya pada waktu pagi dan sebelum tidur.
- Gunakan ubat gigi berfluorida khas untuk kanak-kanak sebesar sebiji beras. Fluorida menguatkan gigi dan mencegah kerosakan.
- Kurangkan pengambilan makanan manis dan pastikan anak anda berkumur selepas makan makanan manis.
- Galakkan anak minum dengan menggunakan cawan.
- Pastikan anak anda tidak menghisap jari/ puting tiruan/ botol susu serta mengalihkannya dari mulut anak dengan perlahan sebaik saja mereka tidur.
- Gigi susu adalah penting untuk pertumbuhan gigi kekal yang sempurna.
- Ibu bapa digalakkan membuat pemeriksaan gigi anak di rumah dengan mengangkat bibir atas dan bawah untuk mengesan tanda-tanda awal kerosakan gigi. Ibu bapa perlu membantu membersihkan gigi anak kerana mereka belum boleh membersihkannya dengan sendiri.
- Bawa anak ke klinik pergigian untuk mendapatkan pemeriksaan pergigian sekurang-kurangnya sekali setahun. Sekiranya berlaku kecederaan pada gigi anak anda, bawalah segera ke klinik gigi.

Pemeriksaan:

Bil	Pemeriksaan	Penemuan
1.	Bilangan gigi yang ada	
2.	Kesihatan mulut: - Plak - Karies (Bil. Gigi)	
3.	Keganjilan lain yang dikesan: - Ulser - <i>White Spot</i> - <i>Abscess</i>	
4.	Kecederaan - Trauma - Patah Gigi	
5.	Catatan	

“CARIES RISK ASSESSMENT” - Mengikut kriteria aplikasi *fluoride vanish*
(* Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan)

<i>Low Risk</i>	<i>Moderate Risk</i>	<i>High Risk</i>

RUJUK KEPADA PEGAWAI/JURURAWAT PERGIGIAN

Tarikh temujanji: Tarikh rawatan:

Catatan:

.....

.....
 Tandatangan Pegawai Pergigian
 Cop Pegawai



3.11 PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 DAN 6 TAHUN (Diisi oleh anggota kesihatan)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Tinggi (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m ²) (Normal/S/ST/LBB/RLBB/Obese)		
Pemeriksaan fizikal (termasuk mulut) <i>(Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)</i>		
Perkara yang membimbangkan ibu bapa		
Bimbingan awal diberikan	(Rujuk Panduan Ibubapa/Penjaga)	
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		

Bimbingan awal untuk umur 5 dan 6 tahun: (Rujuk Panduan Ibubapa/Penjaga)

1. Pemakanan

- Beri anak makanan berkhasiat semasa waktu makan utama.
- Pilih snek berkhasiat kepada anak seperti buah-buahan, sayur-sayuran, susu, dadih.
- Elakkan makanan ringan yang tidak berkhasiat, minuman bergas dan manis.
- Pastikan anak anda minum 8 gelas cecair dalam bentuk air masak, jus buah-buahan atau sup.

2. Penjagaan Gigi

- Berus gigi dengan ubat gigi berfluorida dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Dapatkan pemeriksaan gigi setiap 6 bulan.
- Pastikan tabiat menghisap jari/ puting dihentikan bagi mengelakkan masalah susunatur pergigian.

3. Elakkan kecederaan

- Mengajar anak amalan baik di jalan raya (ibu bapa perlu menjadi contoh).
- Gunakan topi keselamatan bila menunggang basikal.
- Pastikan anak menggunakan kerusi atau tali pinggang keselamatan semasa di dalam kereta atau topi keledar semasa membonceng motorsikal.
- Elakkan anak bermain di longkang, kolam, perigi atau sungai.
- Pastikan tingkap berpagar untuk mengelakkan anak anda terjatuh.

4. Promosi dan amalan kesihatan mental yang sihat

- Amalkan peraturan yang sentiasa tetap dan tegas.
- Guna budi bicara sebelum menjatuhkan hukuman.
- Luangkan masa untuk berbual dengan anak anda.
- Jadi seorang pendengar yang baik.
- Menekankan amalan yang baik dengan kepujian.
- Hindarkan dari memberi gelaran yang negatif terhadap anak anda.

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:

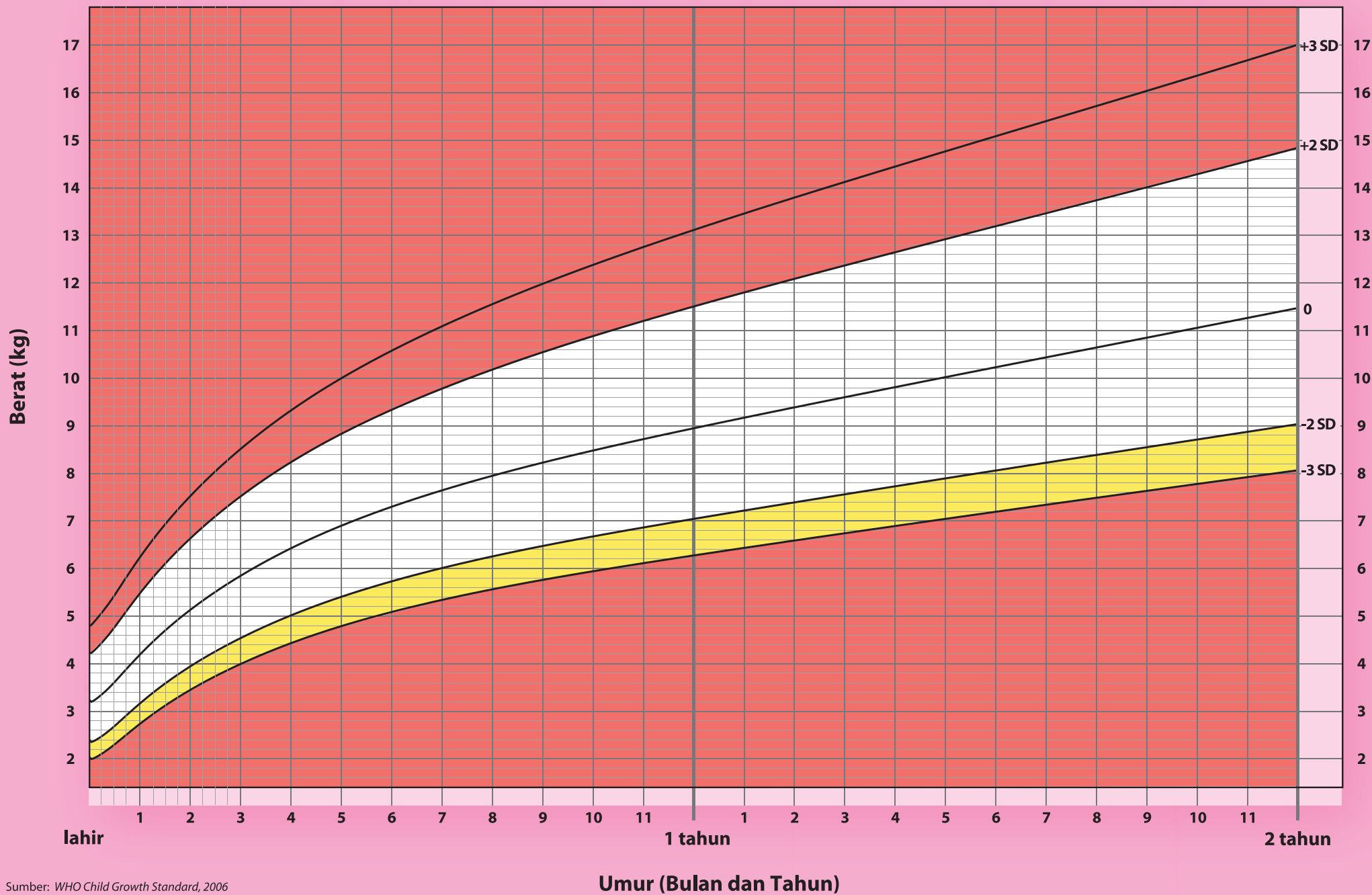


Berat-untuk-umur (Perempuan)

Lahir hingga 2 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan
Malaysia

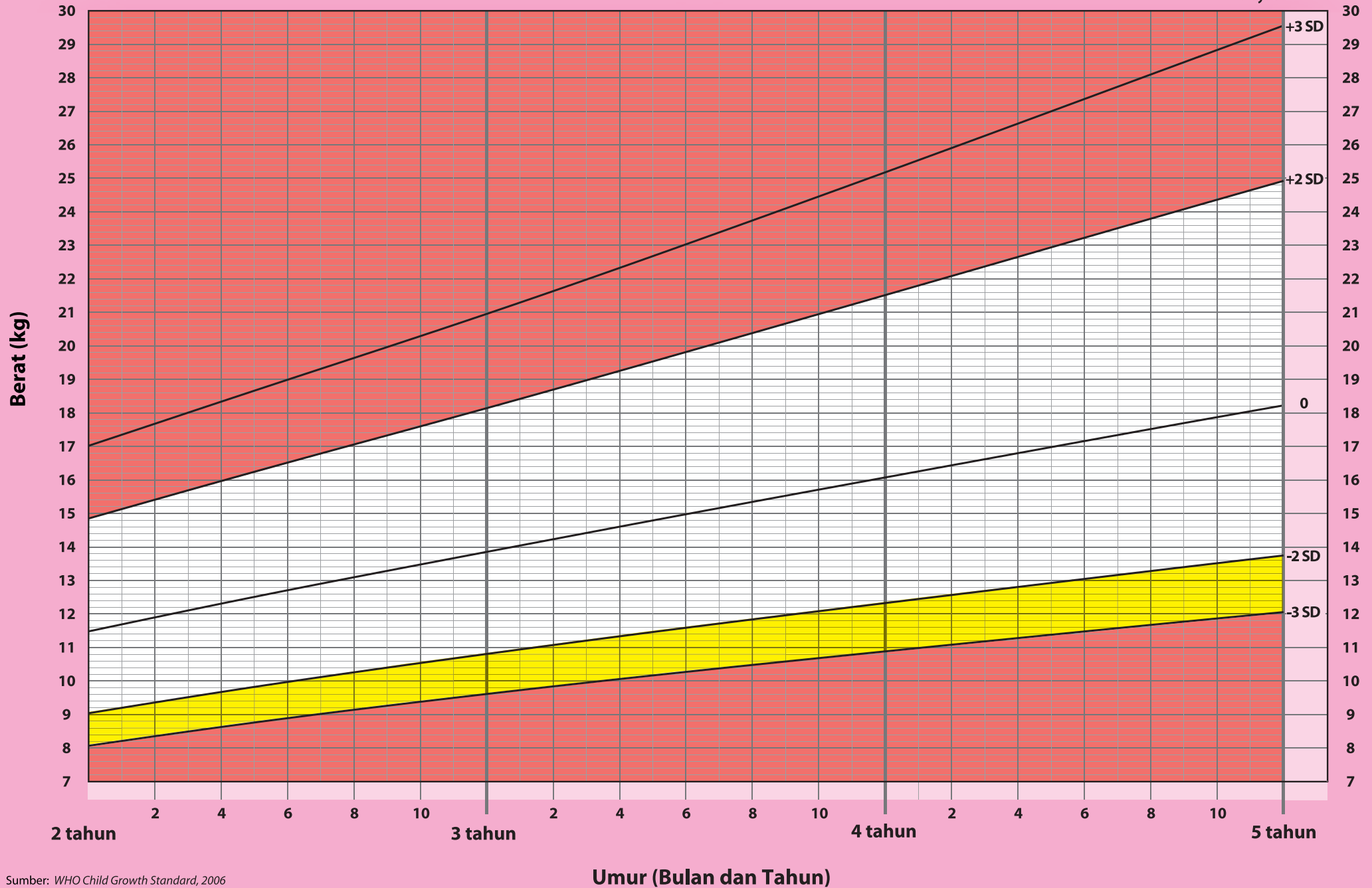


Berat-untuk-umur (Perempuan)

2 hingga 5 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan
Malaysia

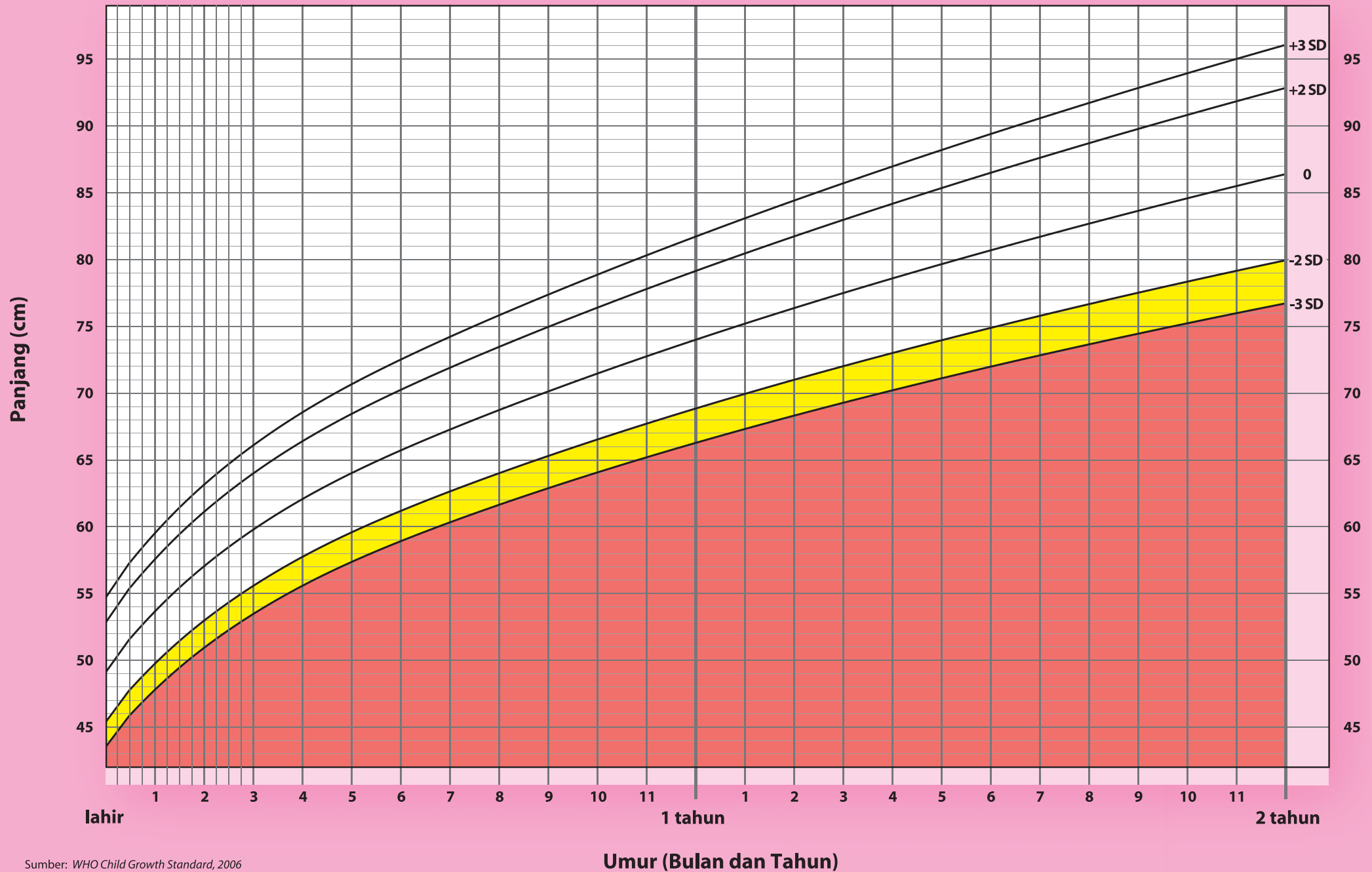


Panjang-untuk-umur (Perempuan)

Lahir hingga 2 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan
Malaysia

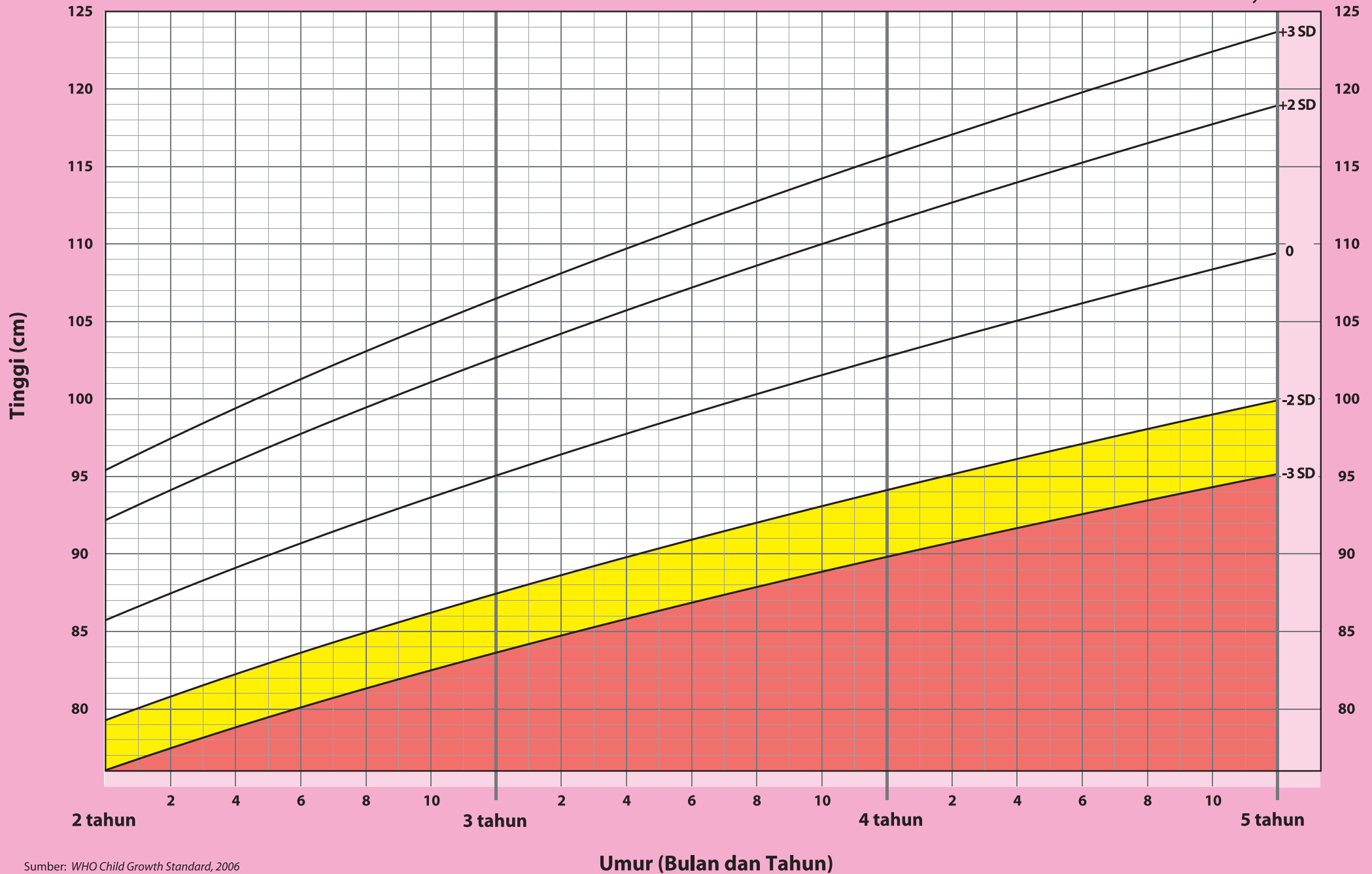


Tinggi-untuk-umur (Perempuan)

2 hingga 5 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan
Malaysia

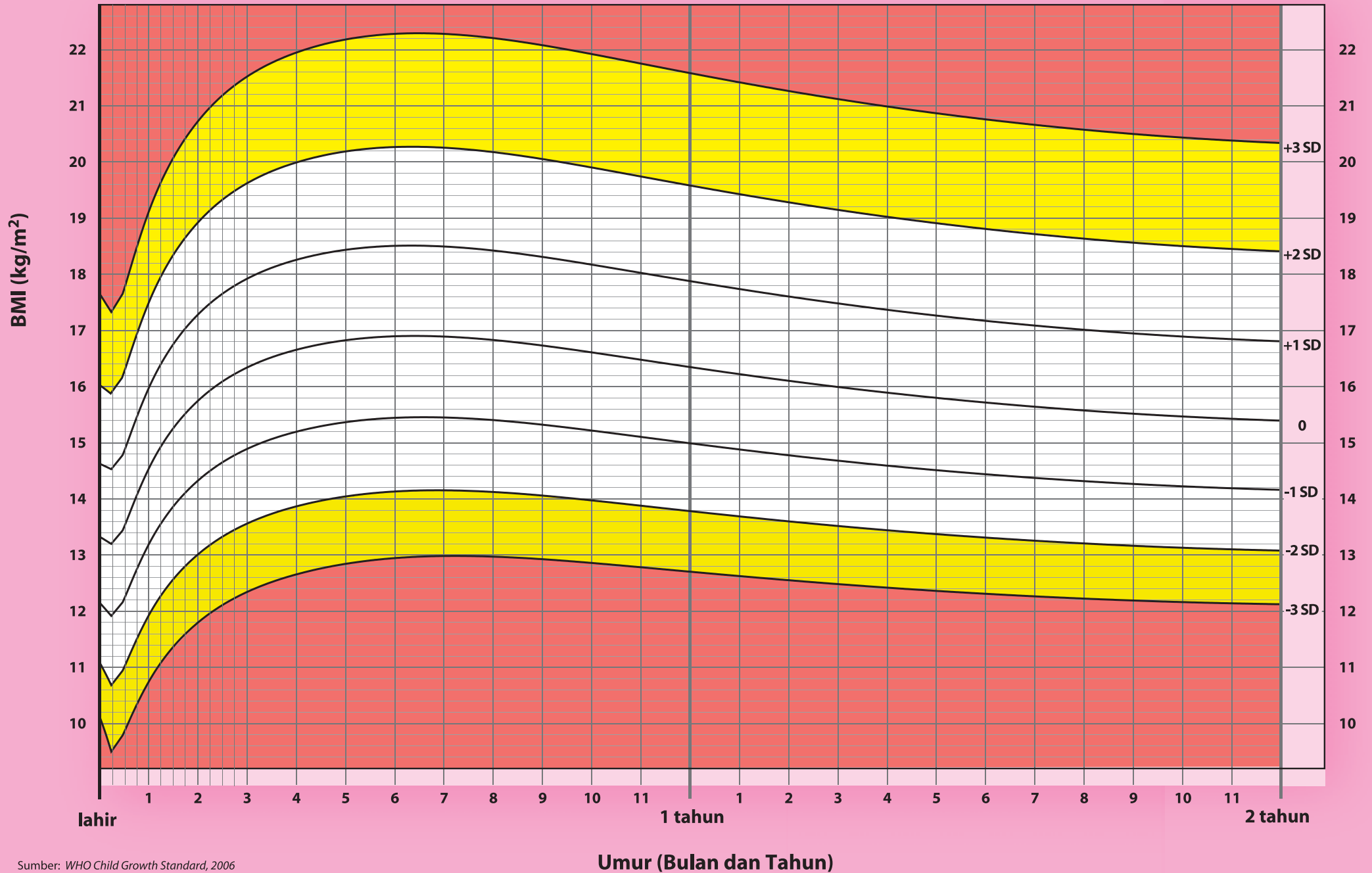


BMI-untuk-umur (Perempuan)

Lahir hingga 2 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan
Malaysia

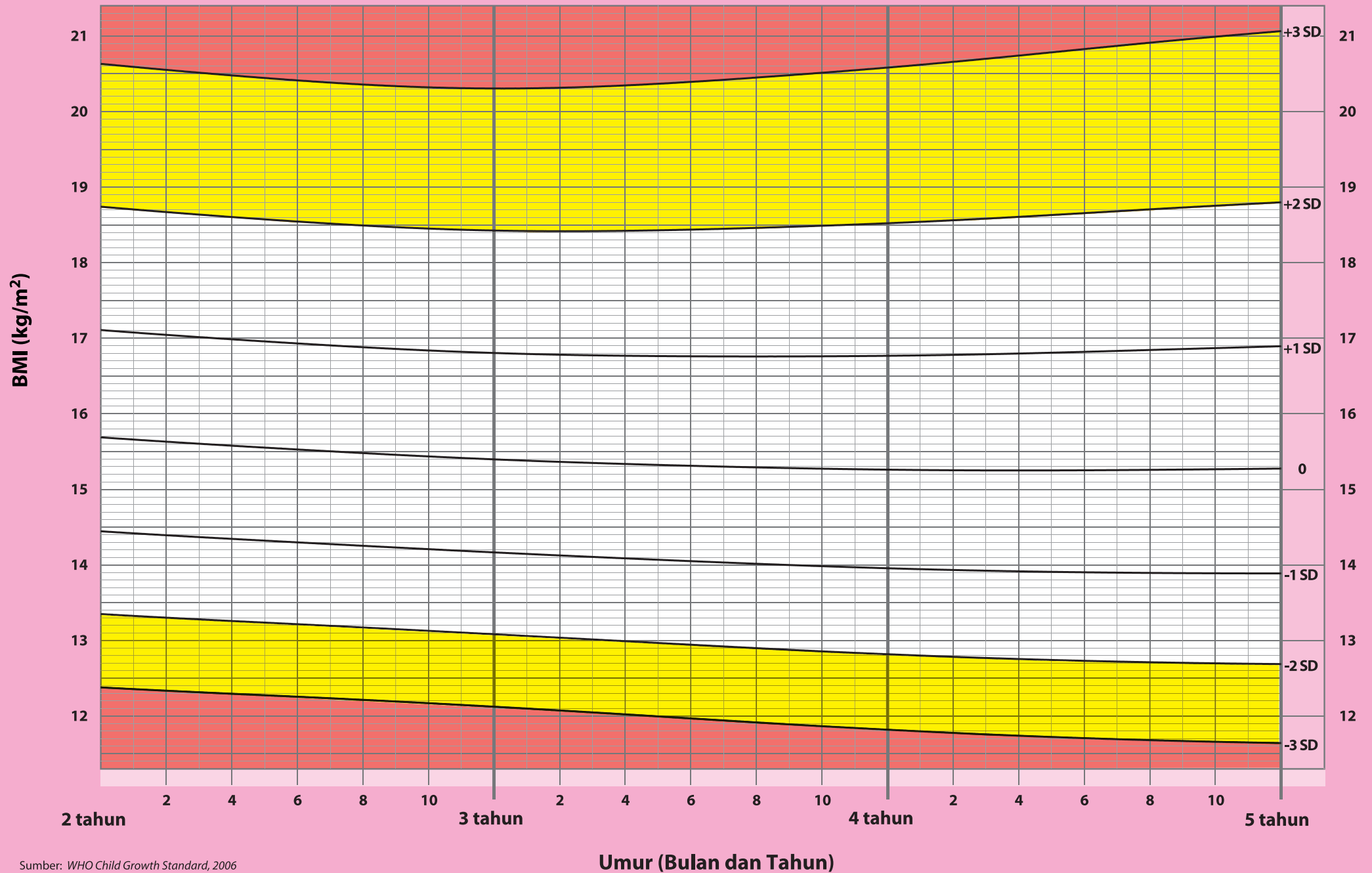


BMI-untuk-umur (Perempuan)

2 hingga 5 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan
Malaysia



Lilitan Kepala-untuk-umur : Perempuan

Lahir hingga 36 bulan (percentiles)



Kementerian Kesihatan
Malaysia

