



سلطنة عمان
وزارة الصحة

سجل صحة الطفل
CHILD HEALTH RECORD

O.P.D. Number

رقم العيادة الخارجية

(Affix the sticker)

Civil Number

Parent Institution

Code No.

الاسم
Name

Child Health Register Number

رقم سجل صحة الطفل

Serial Number	رقم التسلسل	Month	الشهر	Year	السنة

المحافظة
Governorate
الولاية
Wilayat

Department of Woman & Child Health
Directorate General of Primary Health Care

(HP-140) 2018

Demographic Data :

Date of Birth: تاريخ الولادة :
Place of Delivery: مكان الولادة :
Father's Name : الاسم الثلاثي للأب :
Tribe : القبيلة Occupation: المهنة :
Mother's Name : الاسم الثلاثي للأم :
Tribe : القبيلة Occupation: المهنة :
Mother's ANC No. : رقم سجل الحامل :
Wilayat : الولاية Age: العمر :
Village : القرية Way No. : رقم السكة :
Building / Flat No. رقم المنزل : House No.: رقم البناية/رقم الشقة :
Landmark : علامة دالة :
Contact person's Name : Tel. No.:
Sheikh's Name : اسم الشيخ :

Infant Details :

Birth Details :

Time of birth
Gestational age wks
Maturity Term Preterm
 Post-term
Plurality : Single Twins Triplet
Apgar Score :
At 1 Min. : At 5 Min. :
Measurements :
Weight (kg.): Length (cm) :
Head circumference (cm):
Mode of delivery :
 Normal vaginal delivery Breech
Assisted: Vacuum Forceps
Caesarean: Elective Emergency

Blood Group
(if done for any reason)

Screening

Cord TSH Done Not Done

Date : Value:

Repeat Neonatal TSH Value:

Hypothyroidism Present Absent

هل الطفل بحاجة للمتابعة

 نعم لا

*OAE test	1 st attempt	2 nd attempt
Rt ear	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Date:	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Date:
Lt ear	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Date:	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Date:

هل الطفل بحاجة للمتابعة/لخص ABR؟ نعم لا

Note: A baby with any risk factor of hearing loss: (Family history of deafness / Low birth weight (<2500gm) / Neonatal jaundice/SCBU admission) needs a referral for ABR testing.

Principal Congenital Anomalies/Other Hereditary Disorders Date of Notification

1.	
2.	
3.	

Printed by Nizwa Printing Press - Sultanate of Oman - 25437076 / 99429895

*OAE (ototacoustic emissions test)

جدول تحصينات الأطفال لعام ٢٠١٨ م

IMMUNIZATION SCHEDULE				جدول التحصينات			
تاريخ التحصين Given Date	تاريخ الاستحقاق Due Date	Vaccines & Vit. (A)	معلومات عن الطعوم وفيتامين (أ)	تاريخ التحصين Given Date	تاريخ الاستحقاق Due Date	Vaccines & Vit. (A)	معلومات عن الطعوم وفيتامين (أ)
	عند الشهر السادس At 6 months	جرعة واحدة من الطعم الخماسي Penta (DTwP, Hep-B, Hib) الجرعة الثانية من طعم الشلل OPV	طعم الخماسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز والشاهوق والتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب)			تغطي الام فيتامين (أ) ٢٠٠,٠٠٠ وحدة خلال (١٥) يوماً بعد الولادة Give mother Vit. 'A' 200,000 IU within (15) days after delivery	
	عند الشهر التاسع At 9 months	فحص الهيموجلوبين Haemoglobin screen	طعم الشلل الأطفال Routine checkup			يعطى طعم الحصبة الألمانية والتكاف جرعة واحدة بعد الولادة مباشرة أو خلال (٤٠) يوماً من الولادة للأمهات بعد الولادة الأولى فقط (العمائيات من عمر ٣٥ سنة فما فوق وجميع الوافدات) اللاتي لديهن ما يثبت تطعيمهن. One dose of Rubella vaccine to be given to Omani mothers aged ≥ 35 years and expatriate mothers whose history of vaccination evidence immediately postpartum (1st delivery) or within 40 days of the same).	
	عند الشهر الثاني عشر At 12 months	فيتامين (أ) ١٠٠,٠٠٠ وحدة دولية Vit. 'A' 100,000 IU	فيتامين (أ) ١٠٠,٠٠٠ وحدة دولية	عند الولادة At Birth	الدرن (السل) BCG	اللقحة ضد الدرنا (السل) تحمي طفلك ضد مرض الدرنا	اللقحة ضد الدرنا (السل) تحمي طفلك ضد مرض الدرنا
	عند الشهر الثاني عشر At 12 months	الجرعة الأولى من الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية MMR - 1	طعم الثلاثي الفيروسي يحمي طفلك من الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية	عند الولادة At Birth	كبد (ب) HBV	طعم التهاب الكبد الفيروسي (ب) يحمي طفلك من الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال	طعم التهاب الكبد الفيروسي (ب) يحمي طفلك من الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال
	عند الشهر الثاني عشر At 12 months	(الجديري المائي) الحميقاء Varicella	طعم الجديري المائي يحمي طفلك من الجديري المائي (الحميقاء)	عند الشهر الثاني At 2 months	الجرعة الأولى من الطعم السداسي Hexa (DTaP, Hep-B, Hib, IPV)	طعم السداسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز والشاهوق والتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال	طعم السداسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز والشاهوق والتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال
	عند الشهر الثالث عشر At 13 months	الجرعة المنشطة من طعم المكورات الرئوية PCV13 - Booster	طعم المكورات الرئوية يحمي طفلك من الالتهابات الرئوية والتهاب السحايا	عند الشهر الثاني At 2 months	الجرعة الأولى من المكورات الرئوية PCV13 - 1	طعم المكورات الرئوية يحمي طفلك من الالتهاب الرئوي والتهاب السحايا	طعم المكورات الرئوية يحمي طفلك من الالتهاب الرئوي والتهاب السحايا
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	الجرعة الثانية من الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية MMR - 2	جرعة الثلاثي الفيروسي تحمي طفلك من الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية	عند الشهر الثاني At 2 months	الجرعة الثانية من الطعم السداسي Hexa (DTaP, Hep-B, Hib, IPV)	طعم السداسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز والشاهوق والتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال	طعم السداسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز والشاهوق والتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	الثلاثي البكتيري المنشطة DTwP - Booster طعم شلل (منشطة) OPV - Booster	الجرعة المنشطة من طعم الثلاثي البكتيري الجرعة المنشطة من شلل الأطفال	عند الشهر الرابع At 4 months	الجرعة الأولى من طعم الشلل OPV	طعم شلل الأطفال	طعم شلل الأطفال
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	فيتامين (أ) ٢٠٠,٠٠٠ وحدة دولية Vit. 'A' 200,000 IU	فيتامين (أ) ٢٠٠,٠٠٠ وحدة دولية	عند الشهر الرابع At 4 months	الجرعة الثانية من طعم المكورات الرئوية PCV13 - 2	طعم المكورات الرئوية يحمي طفلك من الالتهاب الرئوي والتهاب السحايا	طعم المكورات الرئوية يحمي طفلك من الالتهاب الرئوي والتهاب السحايا
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	فحص الهيموجلوبين Haemoglobin screen	الفحص الدوري Routine checkup	عند الشهر الرابع At 4 months			

CLINIC APPOINTMENTS			
Appointment Date	Attendance Date	Appointment Date	Attendance Date
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

ADDITIONAL IMMUNIZATIONS		
VACCINES	DUE DATE	GIVEN DATE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		