

<p><b>Family History:</b></p> <p>- Sickle cell disease <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relation: .....</p> <p>- Thalassemia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relation: .....</p> <p>- G6PD <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relation: .....</p> <p>- Congenital Anomalies <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relation: .....</p> <p>- Hereditary &amp; Genetic disorders <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relation: .....</p> <p>- Disabilities <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Others (specify .....) Relation: .....</p> <p>- Chronic Illnesses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Relation: .....</p> <p>- Death of sibling <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, specify cause: .....</p>	<p><b>Risk assessment / Reason for Special Care</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gestational age &lt; 34 wks.</li> <li><input type="checkbox"/> Baby weight &lt; 2500 gm</li> <li><input type="checkbox"/> Birth order &gt; 5.</li> <li><input type="checkbox"/> Positive history of maternal illness.</li> <li><input type="checkbox"/> Positive history of still birth or neonatal death.</li> <li><input type="checkbox"/> Mother's age &gt; 40 yrs.</li> <li><input type="checkbox"/> Others</li> </ol> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>الوالدين العزيزين</b></p> <p>قد أنعم الله تعالى عليكم بمولود جديد والعناية به ستكون تجربة ممتعة لكما. إن الطفل في هذه الفترة بحاجة للرعاية والحنان حتى ينمو نمواً سليماً.</p> <p>كما يحتاج طفلكما إلى زيارات دورية مع الطبيب لإجراء فحص شامل لتقييم نموه وغذائه وتطوره النفسي والإجتماعي، من خلال الزيارات الدورية خلال السنتين الأوائل من العمر. وبعد إكماله السنتين يرجى احضاره على الأقل مرة كل ستة أشهر لمتابعة نموه وصحته.</p> <p>عزيزي الأب. عزيزتي الأم: لطفاً، يرجى قراءة الصفحة المخصصة لكما ( صفحة تعليمات الوالدين ) إستعداداً لكل زيارة، كما عليك عزيزتي الأم العناية بنفسك أيضاً لأن ذلك مهم لك ولطفلك.</p> <p>Dear parents, Your child is the greatest gift you have received from God Almighty. From the moment you first hold him your world will be broader &amp; richer. This booklet has been designed to guide you through your journey of caring for your baby.</p> <p>Your baby will receive periodic checks and immunizations during the first 2 years as given in the booklet. You will also receive recommendations for caring your baby at home. Please prepare yourself for these visits by reading the instructions given prior to each visit.</p> <p>As a parent you can give many vital gifts to your baby such as love, self esteem and values, good health and safety.</p>
	<p><b>Consanguinity :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Allergies :</b></p> <p>.....</p>	

زيارة الأسبوعين ( تعليمات للوالدين )		فحص الولادة ( تعليمات للوالدين )
<p><b>عزيزتي الأم:</b></p> <p>إن زيارتك للمركز الصحي بعد أسبوعين من الولادة مهمة حيث يتم فيها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● متابعة نمو الطفل وتسجيل وزنه على منحنى النمو الموجود في بطاقة الطفل الوردية من قبل الممرضة قبل خروجك من المركز الصحي.</li> <li>● تقييم طريقة الرضاعة الطبيعية وملاحظة إذا كانت هناك مشاكل تعوق الرضاعة الطبيعية.</li> <li>● ملاحظة إذا كان هناك صفار.</li> <li>● فحص الحبل السري.</li> <li>● التأكد من حركة الأمعاء.</li> </ul> <p>قال تعالى: " والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة".</p>	<p><b>٣- تقييم التطور النفسي - الاجتماعي:</b></p> <p>اهتمامك بطفلك بقضاء وقت معه واللعب معه له دور كبير في نموه وتطوره.</p> <p><b>٤- الفحص الطبي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● سوف يقوم الطبيب بإجراء فحص شامل للمولود الجديد للتأكد من سلامة أعضائه وخلوه من الأمراض.</li> <li>● سنجري له أيضا بعض الفحوصات للتأكد من سلامة حاسة السمع وفحص وظائف الغدة الدرقية.</li> </ul> <p><b>إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الاهتمام بطفلك :-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● التزمي بمواعيد الفحوصات الدورية للطفل وحافظي على نظافة سجل الطفل.</li> <li>● احضري طفلك للمتابعة عند إكماله إسبوعين من العمر.</li> <li>● ينصح بتنظيف / فرك اللثة بلف قطعة من الشاش المبللة حول الأصبع مرة أو مرتين يوميا لإزالة بقايا الحليب.</li> </ul>	<p><b>عزيزتي الأم سوف يتلقى طفلك الخدمات التالية :</b></p> <p><b>١- التحصينات:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.</li> <li>● قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين. وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.</li> </ul> <p><b>٢- تقييم طريقة إطعام الطفل:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● تعلمي طريقة الرضاعة الصحيحة قبل خروجك من المستشفى ( الوضع كيف يبدأ طفلك عملية المص. جعل الرضاعة الطبيعية متعة للأم والطفل).</li> </ul>

Child Health Checks - At Birth		Date of birth :	Visit At 2 weeks
<p><b>1. Vaccinations</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given      <input type="checkbox"/> Not Given</p> <p><b>Vitamin K</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given      <input type="checkbox"/> Not Given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><b>Positioning :</b></p> <p><b>Mother's Position :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Back is straight &amp; supported</p> <p><input type="checkbox"/> Feet are flat (may need a foot stool)</p> <p><b>Baby's Position :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Facing the breast, with head, body &amp; shoulders in a straight line.</p> <p><input type="checkbox"/> Reach the breast easily without having to stretch or twist.</p> <p><input type="checkbox"/> Baby close to mother's body.</p> <p><b>Attachment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chin touching breast</p> <p><input type="checkbox"/> Lower lip turned outward.</p> <p><input type="checkbox"/> Mouth wide open</p> <p><input type="checkbox"/> More areola seen above than below</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Position the baby in comfortable way.</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusive breastfeeding upto 6 months of age</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><b>Parent &amp; Child Interaction :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Skin to skin contact within 15 minutes after delivery.</p> <p><input type="checkbox"/> Breast feed within 1/2-1 hour after delivery.</p> <p><input type="checkbox"/> Shows interest in caring for the baby</p> <p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keep the child health record clean &amp; attend the clinic for health checks and immunization regularly.</p> <p><input type="checkbox"/> Bring the child for follow up at 2 weeks of age.</p> <p><b>Remarks :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>4. Routine Checks</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p>Head Circumference.....Cms.</p> <p>Red reflex of fundus    <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fontanelles                <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Mouth &amp; palate            <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Cardiac murmur            <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abdominal masses        <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Neurological abnormality <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Skin abnormalities        <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Hip click                    <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>External genitalia         <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p><b>Specify if any other abnormalities :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Doctor's signature &amp; Stamp</b> .....</p>	<p><b>Date of Visit :</b> <input type="text"/></p> <p><b>Breast Feeding technique</b></p> <p><input type="checkbox"/> Appropriate      <input type="checkbox"/> Not appropriate</p> <p>Weight ..... Length.....</p> <p>Has the baby gained weight?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No</p> <p>Umbilicus : .....</p> <p>Bowel habit : .....</p> <p>Jaundice : .....</p> <p>Red reflux of fundus <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Echo hearing test result .....</p> <p>Cord TSH Value .....</p> <p><b>Others specify:</b> .....</p> <p>.....</p> <p><b>Doctor's signature &amp; stamp</b></p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية  
الشهر الثاني من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

١ - التحصينات :

- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.
- قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين. وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.

٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل :

- الإستمرار في الرضاعة الطبيعية الخالصة ليلاً ونهاراً حتى نهاية الشهر السادس حيث أن الرضاعة الطبيعية تساعد الطفل على النمو بقوة وصحة.
- يقصد بالخالصة " حليب الأم وحده من دون ماء أو سوائل أخرى"

٣ - تقييم التطوير النفسي - الاجتماعي : سيتم تقييم مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا

العمر أن يكون قادراً على :

- رفع الرأس قليلاً إلى الأمام.
- النظر إلى الوجه والابتسام.
- النظر إلى الألعاب المدلاة أو المعلقة بالقرب من الوجه.

٤ - سوف يفحص الطبيب والممرضة الطفل للتأكد من سلامة كل من :

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية.
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحنى النمو
- العينين: للتأكد من سلامة النظر وعدم وجود حول أو أي مرض بهما.
- القلب: للتحقق من سلامة القلب وعدم وجود أي علامات لمرض بالقلب.
- مفصل الورك: للتحقق من عدم وجود خلع بالمفصل.
- الفحص الشامل لباقي أعضاء الجسم الأخرى.

إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الإهتمام بطفلك :-

- اغسلي يديك جيداً قبل تقديم أي رعاية لطفلك.
- إستعملي وسيلة مناسبة للمباعدة بين الولادات بعد إستشارة الطبيبة.
- في حال مرض طفلك تعرفي على علامات الخطر التي تستدعي العناية الطبية العاجلة: التشنجات والضعف الشديد والقيء المستمر لكل مايتناولوه، وعدم القدرة على الرضاعة أو الشرب.
- ينصح بتنظيف / فرك اللثة بلف قطعة من الشاش المبللة حول الأصبع مرة أو مرتين يومياً لإزالة بقايا الحليب.

"إن الشرع لا يمنع أن تباعد الأم بين فترات الحمل بالقدر الذي يحقق المصلحة لها

وللطفل وللأسرة".

Child Health Checks - 2 months (Doctor & EPI Nurse Visit)		Date of Visit:	
<p><b>1. Vaccinations</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given                      <input type="checkbox"/> Not Given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done                      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p>Type of feeding :</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusive breast feeding</p> <p><input type="checkbox"/> Others/specify :.....</p> <p>.....</p> <p>Frequency: <input type="checkbox"/> Regulated feeds</p> <p><input type="checkbox"/> On demand</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Feed your baby on demand.</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusive breast feeding for 6 month is recommended for your baby.</p> <p><input type="checkbox"/> Increase your fluid intake before and after each feeding.</p> <p><input type="checkbox"/> Eat food rich in vitamins and minerals</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done                      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor Begins to lift head and chin</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: Develops social smile:</p> <p><input type="checkbox"/> Play: Looks at object held close to face.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dangle bright colored objects in front of baby's face</p> <p><input type="checkbox"/> Make noises with a rattle and rings.</p> <p><input type="checkbox"/> Look into the child's eyes and smile.</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b> .....</p>	<p><b>4. Routine Checks</b></p> <p>Wt..... Length..... Hc.....</p> <p>Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Eye Check :</p> <p>- Squint                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Cataract                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Nystagmus                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Cardiac murmur                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abdominal masses                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Neurological abnormalities                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Skin abnormalities                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Hip click                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>External genitalia                      <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Refer to health educator for dental health information? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if any other abnormalities detected:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Key Messages Given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wash hands before taking care of the baby.</p> <p><input type="checkbox"/> Use a suitable birth spacing method recommended by the doctor.</p> <p><input type="checkbox"/> If a child becomes sick, watch for general danger signs such as convulsion, lethargy, excessive vomiting and inability to feed.</p> <p><b>Remarks:</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Doctor's signature &amp; stamp</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

### الشهر الرابع من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

#### ١ - التحصينات :

- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.
- قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين. وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.

#### ٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل :

- الإستمرار في الرضاعة الطبيعية الخالصة ليلاً ونهاراً حتى نهاية الشهر السادس حيث أن الرضاعة الطبيعية تساعد الطفل على النمو بقوة وصحة.
- يقصد بالخالصة: " حليب الأم وحدة من دون ماء أو سوائل أخرى".

#### ٣ - تقييم التطوير النفسي - الاجتماعي : سيتم تقييم مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا

#### العمر أن يكون قادراً على :

- رفع الرأس والصدر عند وضعه على بطنه.
- النظر إلى وجه الأم والإبتسام.

#### توصيات :

- غني للطفل وتكلمي معه.
- يجب عدم تقديم العسل لأطفال دون السنة.

٤ - ستقوم الممرضة بتقييم طفلك للتأكد من سلامته وإذا تمت ملاحظة أي من علامات

الخطورة سيتم تحويل الطفل إلى الطبيب ، سيتم تقييم :

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية .
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحنى النمو .
- وجود أي من علامات الخطر مثل الحمى ، الصفار ، شحوب الوجه ، الجفاف ، التنفس السريع ، وغيرها.

إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الإهتمام بطفلك :-

- عرضي وجه وأطراف طفلك لأشعة الشمس في الصباح الباكر لمدة ١٠ دقائق يومياً، وبمعدل أربعة مرات في الأسبوع.
- لا تحملي طفلك وأنتي تشربين شيئاً ساخناً أو أثناء الطبخ.
- زوري المؤسسة الصحية بانتظام وفق مواعيد التحصينات والفحوصات الطبية الدورية.
- ينصح بتنظيف / فرك اللثة بلف قطعة من الشاش المبللة حول الأصبع مرة أو مرتين يومياً لإزالة بقايا الحليب.

يقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: ( إن الله سائل كل راع عما استرعاه حفظه أم ضيعه ).

Child Health Checks - At 4 months (EPI Nurse Visit)		Date of Visit :	
<p><b>1. Vaccinations</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given                      <input type="checkbox"/> Not Given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done                      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p>Type of feeding :</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusive breast feeding</p> <p><input type="checkbox"/> Others/specify : .....</p> <p>Frequency: <input type="checkbox"/> Regulated feeds <input type="checkbox"/> On demand</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Feed your baby on demand.</p> <p><input type="checkbox"/> Breast feeding exclusively for 6 months is recommended for your baby.</p> <p><input type="checkbox"/> You can start complimentary feeding after four months if your baby shows signs of hunger</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done                      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor : Raises head chest when lying on abdomen.</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: Smiles more to mothers voice.</p> <p><input type="checkbox"/> Play: Enjoys playing with other people and may cry when playing stops.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sing to your baby.</p> <p><input type="checkbox"/> Talk to your baby &amp; smile at the baby.</p> <p><input type="checkbox"/> Use a rattle or bright toys while playing with your baby.</p>	<p><b>4. Risk assessment (EPI nurse)</b></p> <p>Wt..... Length..... Hc.....</p> <p>Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Current Illness <input type="checkbox"/> Present (.....) <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fever <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Pallor <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Juandice <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Cyanosis <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Signs of dehydration <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fast breathing <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abnormal movement <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Obvious deformity <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if there's any abnormalities to report to the doctor:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Expose your baby to the early morning sun for 10 minutes a day without covering the face, arms &amp; hands 4 times a week</p> <p><input type="checkbox"/> Never hold your baby while drinking hot liquids or cooking.</p> <p><input type="checkbox"/> Attend regular visits as per appointments for immunization &amp; health checks.</p> <p><b>Remarks:</b>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

### الشهر السادس من العمر ( تعليمات للوالدين )

٤ - سوف يخصص الطبيب والممرضة الطفل للتأكد من سلامة كل من :

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية.
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحنى النمو.
- العينين: للتأكد من سلامة النظر وعدم وجود حول أو أي مرض بهما.
- القلب: للتحقق من سلامة القلب وعدم وجود أي علامات لمرض بالقلب.
- مفصل الورك: للتحقق من عدم وجود خلع بالمفصل.
- الفحص الشامل لباقي أعضاء الجسم الأخرى.

**إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الاهتمام بطفلك :-**

- إستخدمي المقعد الخاص بالأطفال عند إصطحاب طفلك في السيارة.
- في حالة إصابة طفلك بالإسهال ترقبي علامات الخطر مثل العيون الغائرة ومدى القدرة على الشرب ( الرغبة الشديدة في الشرب أو عدم القدرة على الشرب تعني أن الطفل بحاجة إلى رعاية طبية عاجلة).
- في حالة إصابة طفلك بالرشح أو السعال ترقبي علامات الخطر مثل التنفس السريع.
- في حالة وجود أي علامة من علامات الخطر اصطحبي طفلك إلى أقرب مركز صحي.
- ينصح بتنظيف/فرك اللثة بلف قطعة من الشاش المبللة حول الأصبع مرة أو مرتين يومياً لإزالة بقايا الحليب.
- في حال بزوغ الأسنان اللبنية ننصح الأم بأخذ موعد مع طبيب الأسنان (الفحص الدوري النصف سنوي)

**قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: ( تداووا عباد الله، فإن الله لم يخلق داء إلا خلق له**

**دواء من علمه، وجهله من جهله ).**

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

**١ - التحصينات :**

- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.
- قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين. وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.

**٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل :**

- نهاية الشهر السادس يجب تقديم وجبتين من الطعام المهروس والمتناسك لطفلك يومياً مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية من المفترض تناول كمية مقدارها من ٢-٣ ملاعق مائدة (طعام) في كل وجبة.
- عندما يصل طفلك إلى عمر ٧-٨ شهور يجب تقديم ٣ وجبات أساسية ووجبة خفيفة من الطعام المهروس والمتناسك لطفلك يومياً كمية مقدارها ٢ ½ فنجان قهوة ممتلئة في كل وجبة أساسية مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية.

**٣ - تقييم التطوير النفسي - الاجتماعي : سيتم تقييم مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا العمر أن يكون قادراً على :**

- الإنقلاب من جهة لأخرى.
- الضحك والصراخ.
- إدارة الرأس تجاه مصدر الصوت، ومتابعة الألعاب المدلاة أو المعلقة بالقرب من الوجه، ووضع الأشياء في الفم.

**توصيات :**

- حاولي أن تلعب مع طفلك باستخدام لعب ذات اللون وأصوات متميزة.
- يجب أن يكون طعام الطفل سميكة وليس سائلاً حيث أن ( الغذاء السميكة الذي يبقى في الملعقة يعطي الطفل طاقة أكبر ).
- قد تلاحظي على طفلك الرغبة على عض الأشياء أو حك اللثة ولذلك ننصح باستخدام العضاضات التي لا تحتوي على سائل بداخلها.
- لا تستخدم المراهم الخاصة للسنين التي تحتوي على مخدر لما له من أضرار على صحة الطفل .



Child Health Checks - At 6 months (Doctor & EPI Nurse)		Date of Visit :	
<p><b>1. Vaccinations</b>  <input type="checkbox"/> Given                      <input type="checkbox"/> Not Given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b>  <input type="checkbox"/> Done                      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p>Type of feeding :  <input type="checkbox"/> Exclusive breast feeding  <input type="checkbox"/> Others/specify : .....</p> <p>Frequency: <input type="checkbox"/> Regulated feeds  <input type="checkbox"/> On demand</p> <p>Amount : <input type="checkbox"/> 2-3 spoons with each meal</p> <p><b>Recommendations :</b>  <input type="checkbox"/> Start giving your baby other foods gradually and observe for signs of allergy especially when introducing eggs and fish.  <input type="checkbox"/> Give your baby mashed food like porridge and mashed vegetables and fruits.  <input type="checkbox"/> Your baby should have three meals a day of 2-3 table spoons in quantity in addition to breast feed on demand.  <input type="checkbox"/> At 7-8 months increase gradually to 2½ full coffee cup in each meal.</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b>  <input type="checkbox"/> Done                      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor : Rolls over.</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: Smiles more to mothers voice.</p> <p><input type="checkbox"/> Play: enjoys playing with other people &amp; may cry when playing stops. Grasps and shakes toys.</p> <p><b>Recommendations :</b>  <input type="checkbox"/> Play and interact with baby.  <input type="checkbox"/> Communication: Smiles more to mother's voice.  <input type="checkbox"/> Use a rattle or bright toys while playing with your baby.</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b> .....</p>	<p><b>4. Routine Checks</b>  Wt..... Length..... Hc.....  Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Eye Check :  - Squint                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  - Cataract                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  - Nystagmus                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  Cardiac murmur                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  Abdominal masses                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  Neurological abnormalities <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  Skin abnormalities                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  Hip click                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent  External genitalia                      <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if any other abnormalities detected:</b>  .....  .....  .....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Seat Your baby in a car seat at the back of the car.</p> <p><input type="checkbox"/> Observe for danger sign such as sunken eyes and eagerness to drink if child has diarrhea, fast breathing when he has cough or cold.</p> <p><input type="checkbox"/> Give your child extra amount of fluids like milk, water or fresh juices during illness.</p> <p><input type="checkbox"/> Refer to complimentary feeding booklet (available for MOH)</p> <p><b>Remarks:</b>.....  .....  .....</p> <p><b>Doctor's signature &amp; stamp</b>  .....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

الشهر التاسع من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

١ - التحصينات :

- لا توجد تحصينات في هذه المرحلة من عمر طفلك.
- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.

٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل :

- إعطي طفلك الطعام المهروس والطعام المتناسك الذي يستطيع أن يتناوله بيده وإحرصى على التنوع في الطعام .
- في الشهر التاسع يجب تقديم ٣ وجبات أساسية مع وجبة خفيفة في اليوم من الطعام المهروس والمتناسك أو المقطع كمية مقدارها  $\frac{3}{4}$  فناجين قهوة ممتلئ في كل وجبة أساسية مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية.

٣ - تقييم التطوير النفسي - الاجتماعي : سيتم تقييم مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا العمر أن يكون قادراً على:

- الوقوف بمساعدة.
- إصدار أصوات بمقاطع لفظية طويلة نوعاً ما مثل بابا، ماما، دادا .....
- ضرب الأشياء باليد لإصدار أصوات.
- إظهار الخوف من الأغراب.

التوصيات :

- أطلبى من طفلك تنفيذ بعض الأوامر مثل( تعال هنا).
- أعطي طفلك بعض الأدوات المنزلية النظيفة الآمنة مثل الكوب والملعقة للعب بها.
- يحتاج الطفل الصغير أن يتعلم يأكل، شجعيه وقدمي له المساعدة ... مع كثير من الصبر.
- إن الطفل في مرحلة النمو يحتاج إلى كميات متزايدة من الطعام.
- نوصي بأخذ موعد مع طبيب الأسنان للقيام بفحص الأسنان نصف السنوي للطفل .

٤ - ستقوم الممرضة بتقييم طفلك للتأكد من سلامته وإذا تمت ملاحظة أي من علامات الخطورة

سيتم تحويل الطفل إلى الطبيب، سيتم تقييم :

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية .
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحني النمو .
- وجود أي من علامات الخطر مثل الحمى ، الصفار ، شحوب الوجه ، الجفاف ، التنفس السريع ، وغيرها.

إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الإهتمام بطفلك :-

- خذي طفلك للنزهة خارج المنزل، وأملأي وقته باللعب.
- في حالة مرض طفلك ترقبي علامات الخطر التي تستدعي العناية الطبية العاجلة.
- خذي كافة الاحتياطات لحماية طفلك من خطر الحوادث والإصابات داخل وخارج المنزل.
- البدء باستخدام فرشاة أسنان ذات رأس صغير وشعيرات ناعمة لتنظيف الأسنان واللثة مع وضع مسحة بسيطة من معجون الأطفال .

Child Health Checks - At 9 months (EPI Nurse Visit)			Date of Visit :
<p><b>1. Vaccinations</b> (None at this visit)</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Type of food: Breast feeding with mashed meats, vegetables and fruits that the baby can pick and eat.</p> <p><input type="checkbox"/> Amount: 3½ of coffee cup at each meal.</p> <p><input type="checkbox"/> Frequency: 3 meals + one snack with frequent breast feeds.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continue breast feeding.</p> <p><input type="checkbox"/> Prepare balanced diet that contain proteins, carbohydrates and fats when preparing meals.</p> <p><input type="checkbox"/> Increase amount of feeds as recommended.</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor : Stands with support.</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: says long strings of syllables such as 'dada' 'mama', 'baba' shows stranger anxiety.</p> <p><input type="checkbox"/> Play: Waves goodbye, bangs objects to make sounds.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give the child clean, safe household items to play with.</p> <p><input type="checkbox"/> Give baby simple verbal requests.</p> <p><input type="checkbox"/> Observe your baby carefully while playing.</p>	<p><b>4. Risk assessment (EPI nurse)</b></p> <p><b>Hb Value . . . . .</b> Wt..... Length..... Hc.....</p> <p>Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Current Illness <input type="checkbox"/> Present (.....) <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fever <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Pallor <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Juandice <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Cyanosis <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Signs of dehydration <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fast breathing <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abnormal movement <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Obvious deformity <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if there's any abnormalities to report to the doctor:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Take your child out and engage him with play activities</p> <p><input type="checkbox"/> If your child shows any of the danger signs take him to the doctor immedietly.</p> <p><input type="checkbox"/> Take measures to prevent accidents by placing barriers on stair cases.</p> <p><b>Remarks:</b>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

الشهر الثاني عشر من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

١ - **التحصينات :**

- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره
- قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين، وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.

٢ - **تقييم طريقة إطعام الطفل :**

سوف تراجع معك الممرضة طريقة إطعام طفلك من الممكن تقديم طعام العائلة لطفلك ، فقدمي له ٣ وجبات أساسية ووجبتين خفيفتين من طعام العائلة أو الطعام المهروس والتماسك والمقطع يوميا كمية مقدارها ٤ فناجين قهوة ممتلئة في كل وجبة أساسية مع الاستمرار في الرضاعة الطبيعية. تأكدي ان الوجبة الأساسية تتكون من كمية كافية من البروتينات والنشويات والخضروات.

٣ - **تقييم التطوير النفسي - الاجتماعي :** سيتم تقييم مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا العمر أن يكون قادرا على :

- البدء بمحاولات الخطو بمساعدة.
- مناداة الوالدين بألفاظ مثل ماما، بابا، دادا .....
- إنقاط الأشياء ورميها. والقدرة على الشرب بواسطة الكوب.

**التوصيات :**

- علمي طفلك أسماء بعض الأشياء والناس.
- علمي طفلك أن يضع الأشياء فوق الأخرى مثل المكعبات.
- علمي طفلك أن يدخل ويخرج الأشياء من الصندوق أو أي حاوية.
- إن الأوراق النباتية الخضراء الداكنة والخضراوات والفاكهة برتقالية اللون تقلل من إصابة الطفل بالعدوى وتحافظ على سلامة العين.
- نوصي بأخذ موعد مع طبيب الأسنان للقيام بفحص الأسنان نصف السنوي للطفل.

٤ - **سوف يفحص الطبيب والممرضة الطفل للتأكد من سلامة كل من :**

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية.
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحنى النمو .
- العينين: للتأكد من سلامة النظر وعدم وجود حول أو أي مرض بهما.
- القلب: للتحقق من سلامة القلب وعدم وجود أي علامات لمرض بالقلب.
- الفحص الشامل لباقي أعضاء الجسم الأخرى.

**إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الإهتمام بطفلك :-**

- ابعدي الأدوية والأدوات الكهربائية عن متناول يدي طفلك.
- حافظي على نظافة فناء المنزل والمساحة المحيطة به.
- راقبي طفلك أثناء لعبه أو تناوله الطعام حتى لا يتعرض لخطر الإختناق.
- نظفي أسنان ولثة طفلك مرتين يوميا (صباحاً وقبل النوم) بفرشاة ذات رأس صغير وشعيرات ناعمة مع وضع مسحة بسيطة من معجون الأطفال.

Child Health Checks - At 12 months (Doctor & EPI Nurse Visit)		Date of Visit:	
<p><b>1. Vaccinations</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given            <input type="checkbox"/> Not given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done            <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Type of food: Breast feeding / start your child on family food.</p> <p><input type="checkbox"/> Amount: Four coffee cups at each meal.</p> <p><input type="checkbox"/> Frequency: 3 meals + 2 snacks with frequent breast feeds.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continue breast feeding.</p> <p><input type="checkbox"/> Give chopped meats, vegetables and fruits that the baby can pick and eat.</p> <p><input type="checkbox"/> Give 4 coffee cups in each meal. Also give 2 snacks.</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done            <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor : - Pulls up to stand. - Walks holding on to furniture ('Cruising').</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: - Use simple gestures, like waving 'bye-bye'. - Says "mama" and "dada" for parents.</p> <p><input type="checkbox"/> Play: - Bangs two items together. - Hands you a book when he wants to hear a story. - Puts things in a container, takes things out of a container.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give your child crayons and paper, and let your child draw freely.</p> <p><input type="checkbox"/> Play with blocks, shape sorters, and other toys that encourage your child to use his hands.</p> <p><input type="checkbox"/> Hide small toys and other things and have your child find them.</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature .....</b></p>	<p><b>4. Routine Checks</b></p> <p>Wt..... Length..... Hc.....</p> <p>Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Eye Check :</p> <p>- Squint                    <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Cataract                 <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Nystagmus               <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Response to noise       <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Cardiac murmur         <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abdominal masses      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Neurological abnormalities <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Skin abnormalities      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>External genitalia       <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if any other abnormalities detected:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keep medicines and electric gadgets out of reach from children.</p> <p><input type="checkbox"/> Keep courtyard and the surrounding of your house clean.</p> <p><input type="checkbox"/> Observe your child while feeding and playing to prevent choking</p> <p><b>Remarks:.....</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Doctor's signature &amp; stamp</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

### الشهر الثالث عشر من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

#### ١ - التحصينات :

- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بالأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.
- قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين. وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.

#### ٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل :

- سوف تراجع معك الممرضة طريقة إطعام طفلك حيث يجب الإستمرار في إطعام الطفل من طعام العائلة ٣ وجبات أساسية ووجبتين خفيفتين في اليوم ، ومن المفترض تناول الطفل طبق كامل ؛ فنانجين قهوة ممتلئة في كل وجبة أساسية مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية.

#### ٣ - تقييم التطوير النفسي - الإجتماعي : سيتم تقييم ، مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا

##### العمر أن يكون قادراً على :

- الوقوف بدون مساعدة.
- مساعدة الأم أثناء تغيير ملابسه.
- يلعب لعبة الإستخفاء.
- يشير للأشياء بأسمائها.

##### التوصيات :

- علمي طفلك أسماء أجزاء الجسم مثل العيون أو اليد.
- شجعي طفلك للعب مع الأطفال الصغار.
- شجعي الطفل على تناول الطعام والشراب أثناء المرض وقدمي له أطعمة إضافية بعد المرض لمساعدته على التعافي بسرعة.
- إن البقول مثل البازيلاء والفاصوليا والعدس) والمكسرات والبذور تعتبر مصدر غذائي جيد للأطفال.

#### ٤ - ستقوم الممرضة بتقييم طفلك للتأكد من سلامته وإذا تمت ملاحظة أي من علامات الخطورة

سيتم تحويل الطفل إلى الطبيب ، سيتم تقييمه .

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية .
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحني النمو .
- وجود أي من علامات الخطر مثل الحمى ، الصفار ، شحوب الوجه، الجفاف ، التنفس السريع ، وغيرها.

#### إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الإهتمام بطفلك :-

- أحمي طفلك من التسمم بالرصاص ( يوجد في طلاء ألوان بعض الألعاب، البطاريات المستهلكة، طلاء الجدران .... )
- أحمي طفلك من خطر السقوط أو الغرق وذلك بحماية مداخل السلالم وأحواض السباحة أو مستودعات الماء وذلك بوضع الحواجز الخاصة لكل منها.
- سيتم إجراء الكشف المبكر لطفلك عن اضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى في الزيارة المقبلة
- نظفي أسنان ولثة طفلك مرتين يومياً (صباحاً وقبل النوم) بفرشاة ذات رأس صغير وشعيرات ناعمة مع وضع مسحة بسيطة من معجون الأطفال .

Child Health Checks - At 13 months (EPI Nurse Visit)		Date of Visit:	
<p><b>1. Vaccinations</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given      <input type="checkbox"/> Not given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Type of food: Breast feeding / family food.</p> <p><input type="checkbox"/> Amount: 4 coffee cup or more at each meal.</p> <p><input type="checkbox"/> Frequency: 3 meals + 2 snacks with frequent breast feeds.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continue breast feeding.</p> <p><input type="checkbox"/> Give chopped meats, vegetables and fruits to the child to eat.</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stand alone.</li> <li>- Use pincer grasp.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Communication:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imitate words (Tries to say words you say).</li> <li>- Follows simple directions.</li> <li>- Identifies people upon request.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Play:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finds hidden things easily.</li> <li>- Copies gestures.</li> </ul> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ask your child to label body parts or things you see while driving in the car.</p> <p><input type="checkbox"/> Encourage your child to play with other children.</p> <p><input type="checkbox"/> Provide lots of safe places for your toddler to explore. (Lock away products for cleaning, laundry, lawn care, and car care).</p>	<p><b>4. Risk assessment (EPI nurse)</b></p> <p>Wt..... Length..... Hc.....</p> <p>Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Current Illness <input type="checkbox"/> Present (.....) <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fever <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Pallor <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Juandice <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Cyanosis <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Signs of dehydration <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Fast breathing <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abnormal movement <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Obvious deformity <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if there's any abnormalities to report to the doctor:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keep your child's teeth healthy by brushing at night with fluoride paste.</p> <p><input type="checkbox"/> Ensure that the child is not exposed to substances containing lead such as painted toy, old batteries etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Protect stair ways with barriers to prevent falls and accidents, make barriers for ponds to prevent drowning.</p> <p><b>Remarks:</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

الشهر الثامن عشر من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

### ١ - التحصينات :

- التحصين يحمي طفلك من خطر الإصابة بالأمراض ويكفل له الحياة السعيدة دون إعاقة وسوف يتم تحصين طفلك حسب التحصين المقرر لعمره.
- قد يعقب التحصين تفاعل بسيط مثل الإصابة بالحمى الخفيفة لمدة يوم أو يومين، وهذا شيء طبيعي لا يدعو للقلق.

### ٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل :

- سوف تراجع معك الممرضة طريقة إطعام طفلك حيث يجب الإستمرار في إطعام الطفل من طعام العائلة ٣ وجبات أساسية ووجبتين خفيفتين في اليوم ، ومن المفترض تناول الطفل طبق كامل ٤ فناجين قهوة ممتلئة في كل وجبة أساسية مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية.

### ٣ - تقييم التطوير النفسي - الإجتماعي : سيتم تقييم ، مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا

العمر أن يكون قادراً على :

- صعود السلالم مع الإمساك باليدين.
- إستعمال من ٦-٢٠ كلمة متعارف عليها.
- رص الأشياء فوق بعضها البعض.
- تسمية أعضاء الجسم المختلفة بأسمائها، وتقليد الأم في المهام المنزلية.

التوصيات :

- أعطي طفلك بعض الأقلام والأدوات والكتب والمجلات.
- أعطي طفلك أوامر بسيطة ودعيه يطيعك في تنفيذها.
- نوصي بأخذ موعد مع طبيب الأسنان للقيام بفحص الأسنان نصف السنوي للطفل .

٤ - سوف يخصص الطبيب والممرضة الطفل للتأكد من سلامة كل من :

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية.
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحني النمو .
- العينين: للتأكد من سلامة النظر وعدم وجود حول أو أي مرض بهما.
- القلب: للتحقق من سلامة القلب وعدم وجود أي علامات لمرض بالقلب.
- مفصل الورك: بملاحظة طريقة مشي الطفل.
- الفحص الشامل لباقي أعضاء الجسم الأخرى.
- الكشف المبكر عن اضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى.

إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الاهتمام بطفلك :-

- إستمري في إستعمال وسيلة المباعدة بين الولادات التي أوصت بها الطبيبة.
- إبدئي تعويد طفلك على عادات الحمام الصحيحة والطلب عند الشعور الرغبة في قضاء الحاجة.
- نظفي أسنان ولثة طفلك مرتين يومياً (صباحاً وقبل النوم) بفرشاة ذات رأس صغير وشعيرات ناعمة مع وضع مسحة بسيطة من معجون الأطفال .

" حق الطفل في الرعاية والحب والحنان يأتي على رأس قائمة الحقوق والتي يجب أن يتمتع بها الطفل "



Child Health Checks - At 18 months (Doctor & EPI Nurse Visit)		Date of Visit :	
<p><b>1. Vaccinations</b></p> <p><input type="checkbox"/> Given      <input type="checkbox"/> Not given</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Type of food: Breast feeding / family food.</p> <p><input type="checkbox"/> Amount: 4 coffee cup or more at each meal.</p> <p><input type="checkbox"/> Frequency: 3 meals + 2 snacks with frequent breast feeds.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continue to breast feed till 2 years of age.</p> <p><input type="checkbox"/> Decrease sweets and avoid adding sugar to food.</p> <p><input type="checkbox"/> Give 3 meals of 4 coffee cups at each meal. Also give 2 snacks such as fruits.</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor : Walks with support. Climbs up stairs holding hands.</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: says 6-20 recognizable words.</p> <p><input type="checkbox"/> Play:    Stacks up cubes.              Names parts of body.              Imitates mother in domestic work.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give your child crayons and papers or books and magazines.</p> <p><input type="checkbox"/> Ask child simple questions. Respond to child's attempts to talk.</p> <p><input type="checkbox"/> Given simple commands and let the child obey them.</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b> .....</p>	<p><b>4. Routine Checks</b></p> <p>Wt..... Length..... Hc.....</p> <p>Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Eye Check :</p> <p>- Squint                      <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Cataracts                   <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Nystagmus                 <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Response to noise         <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Cardiac murmur            <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abdominal masses         <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Neurological abnormalities <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Skin abnormalities        <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Gait                            <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>External genitalia         <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Specify if any other abnormalities detected:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continue to use the birth spacing method advised by your doctor.</p> <p><input type="checkbox"/> Start Toilet Training to your child.</p> <p><b>M-CHAT-R Score</b> .....</p> <p><b>Risk</b>      <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> High</p> <p><b>Hb Value</b> .....</p> <p><b>Remarks:</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Doctor's signature &amp; stamp</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## زيارات الطفل الدورية للمؤسسة الصحية

### الشهر الرابع والعشرين من العمر ( تعليمات للوالدين )

عزيزتي الأم، سوف يتلقى طفلك في هذه الزيارة الخدمات التالية :

#### ١ - التحصينات:

من المفترض أن يكون طفلك قد تلقى كل التحصينات لسن ما قبل المدرسة عند عمر ١٨ شهراً وبالتالي لن تكون هناك أي تحصينات إضافية إلا عند دخوله المدرسة.

#### ٢ - تقييم طريقة إطعام الطفل:

● سوف تراجع معك الممرضة طريقة إطعام طفلك حيث يجب الإستمرار في إطعام الطفل من طعام العائلة ٣ وجبات أساسية ووجبتين خفيفتين في اليوم ، ومن المفترض تناول الطفل طبق كامل ٤ فناجين قهوة ممتلئة في كل وجبة أساسية مع الإستمرار في الرضاعة الطبيعية.

#### ٣ - تقييم التطوير النفسي - الاجتماعي : سيتم تقييم ، مستوى تطور طفلك حيث يتوقع من الطفل في هذا العمر أن يكون قادراً على:

- صعود السلالم مع الإمساك باليدين.
- إستعمال عبارات مكونه من كلمتين.
- الإستجابة للأوامر والتوجيهات البسيطة، والقدرة على ارتداء الملابس بدون مساعدة.
- تقليد صفحات الكتاب.

#### التوصيات:

- سمي الأشياء في الصور ودعي طفلك يردد هذا الأسماء.
- علمي طفلك أن يلبس حذائه بنفسه.
- تأكدي من حصولك على موعد لعيادة الأسنان للفحص النصف الدوري لطفلك، وقد ينصح طبيب الأسنان بتطبيق صبغة الفلورايد على أسنان الطفل في حال الاحتياج لذلك .

٤ - ستقوم الممرضة بتقييم طفلك للتأكد من سلامته وإذا تمت ملاحظة أي من علامات

الخطورة سيتم تحويل الطفل إلى الطبيب ، سيتم تقييم :

- محيط رأس الطفل للتأكد من نمو الدماغ بصورة طبيعية .
- وزن وطول الطفل لتقييم الحالة التغذوية للطفل على منحني النمو .
- وجود أي من علامات الخطر مثل الحمى ، الصفار ، شحوب الوجه ، الجفاف ، التنفس السريع ، وغيرها.

إليك بعض الإرشادات المهمة حول كيفية الإهتمام بطفلك :-

- يجب أن تحضري طفلك إلى المؤسسة الصحية مرة كل ستة أشهر لمتابعة نموه.
- عودي طفلك على العادات الغذائية بالإبتعاد عن المشروبات الغازية، الحلويات والمنبهات مثل الشاي والقهوة.
- نظفي أسنان ولثة طفلك مرتين يومياً (صباحاً وقبل النوم) بفرشاة ذات رأس صغير وشعيرات ناعمة مع وضع مسحة بسيطة من معجون الأطفال .

Child Health Checks - At 24 months (EPI Nurse Visit)		Date of Visit :	
<p><b>1. Vaccinations</b> (None at this visit)</p> <p><b>2. Feeding Assessment</b>  <input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Type of food: Breast feeding / family food.</p> <p><input type="checkbox"/> Amount: Four coffee cups at each meal.</p> <p><input type="checkbox"/> Frequency: 3 meals + 2 snacks with breast feeds.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Give chopped/mashed meats, vegetables &amp; fruits that the baby can pick &amp; eat.</p> <p><input type="checkbox"/> Give 3 meals of 4 coffee cups at each meal. Also give 2 snacks such as biscuits.</p>	<p><b>3. Psychosocial Assessment :</b>  <input type="checkbox"/> Done      <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><input type="checkbox"/> Motor : Climbs up stairs without holding.</p> <p><input type="checkbox"/> Communication: Speaks in 2 word sentences</p> <p><input type="checkbox"/> Play: Obeys simple commands. Puts on dress. Turns pages of book.</p> <p><b>Recommendations :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Name the objects in the picture and let the child repeat.</p> <p><input type="checkbox"/> Teach your child how to wear shoes.</p> <p><input type="checkbox"/> Encourage your child to talk and answer questions.</p>	<p><b>4. Routine Checks</b>            Wt..... Length..... Hc.....            Nutrition Status: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Wasting <input type="checkbox"/> Stunting <input type="checkbox"/> Obese</p> <p>Eye Check :</p> <p>- Squint                    <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Cataracts                <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>- Nystagmus                <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Response to noise        <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal</p> <p>Cardiac murmur            <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Abdominal masses        <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Neurological abnormalities <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Skin abnormalities        <input type="checkbox"/> Present <input type="checkbox"/> Absent</p> <p>Is the growth curve going upwards? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Application of dental fluoride? <input type="checkbox"/> Done <input type="checkbox"/> Not Done</p> <p><b>Specify if any other abnormalities detected:</b>            .....            .....            .....</p>	<p><b>Key Messages given</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bring your child at least once every six months for growth &amp; development monitoring</p> <p><input type="checkbox"/> Practice healthy feeding habits with your child and avoid fizzy drinks, tea, coffee, and sweets.</p> <p><input type="checkbox"/> Practice dental hygiene by brushing your child teeth at least twice daily and bring your child to the dental clinic at least once every 6 months.</p> <p><input type="checkbox"/> Follow up of M-Chat R/F (if done)  <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not done</p> <p><b>Remarks:</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nurse's name &amp; signature</b>            .....</p>

(Instruction: All tasks must be completed as above. Mark (✓) in the boxes as appropriate.

## PERIODIC HEALTH CHECKS 2 - 6 YEARS

Date Age	Weight	Length	Feeding	Nutrition Status	Growth & Development	Dental Check	Recommendations

# Child Prerequisite Checkup for School Entry

Date of Visit: \_\_\_\_\_

Nutritional status: Wt ..... Ht ..... BMI .....

Normal     Under Weight     Over Weight     Obesity     Stunting

Pallor:             Present             Absent

Speech:            Normal             Abnormal

Eye Check:

- Visual Acuity:    Normal             Abnormal

- Squint             Present             Absent

Cardiovascular System  Normal             Abnormal (specify ..... )

Respiratory System    Normal             Abnormal (specify ..... )

Genitalia             Normal             Abnormal (specify ..... )

Any other problem (specify): .....

.....

.....

Any investigation done during the visit (specify) .....

.....

.....

### CLINIC ATTENDANCE (IMCI Guideline)

Date of visit Institution	Weight	General Danger Sign		Classification and Treatment + ( Referred if needed )
		Yes	No	

## CLINIC ATTENDANCE (IMCI Guideline)

Date of visit Institution	Weight	General Danger Sign		Classification and Treatment + ( Referred if needed )
		Yes	No	

## CLINIC ATTENDANCE (IMCI Guideline)

Date of visit Institution	Weight	General Danger Sign		Classification and Treatment + ( Referred if needed )
		Yes	No	



## CLINIC ATTENDANCE (IMCI Guideline)

Date of visit Institution	Weight	General Danger Sign		Classification and Treatment + ( Referred if needed )
		Yes	No	

## CLINIC ATTENDANCE (IMCI Guideline)

Date of visit Institution	Weight	General Danger Sign		Classification and Treatment + ( Referred if needed )
		Yes	No	

## HOSPITAL ADMISSION RECORD

Date of visit Hospital	I.P. Number	Primary Diagnosis

**HOSPITAL ADMISSION RECORD**

<b>Date of visit Hospital</b>	<b>I.P. Number</b>	<b>Primary Diagnosis</b>

**HOSPITAL ADMISSION RECORD**

<b>Date of visit Hospital</b>	<b>I.P. Number</b>	<b>Primary Diagnosis</b>









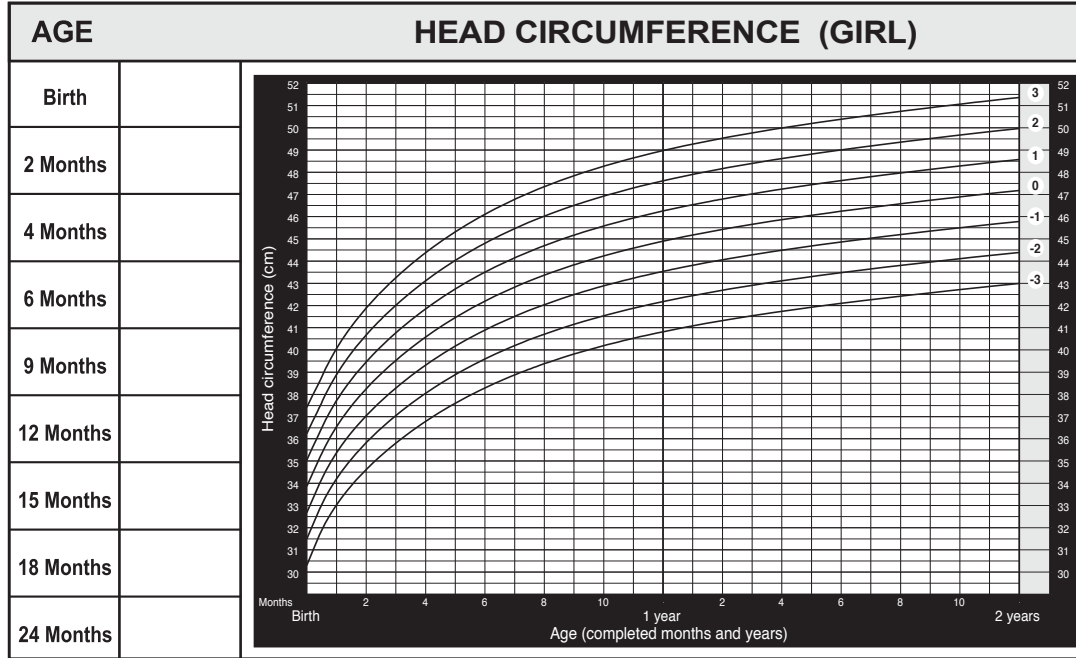
## SPECIAL INVESTIGATION RECORD

Date of visit Institution	Done at	Summary Report

(Include X-rays, ECG, Ultrasound, CT Scan & Others)

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

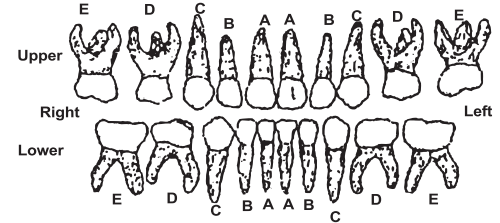
<b>ADDITIONAL IMMUNIZATIONS</b>		
<b>VACCINES</b>	<b>DUE DATE</b>	<b>GIVEN DATE</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



## DENTAL CHART & FOLLOW UP

### أهمية الحفاظ على الأسنان اللبنية

- ١- تساهم الأسنان اللبنية في حماية الأسنان الدائمة من الأضرار.
- ٢- تساعد في الحفاظ على القيمة الغذائية للطعام عن طريق المضغ الجيد والسليم.
- ٣- تضمن الحفاظ على الطريقة السليمة في الحديث ومخارج الحروف.
- ٤- تساهم في تشكيل الفم بهيئته الطبيعية.
- ٥- تجعل الابتسامة دافع وحافز كبير يدفع للجرأة والثقة بالنفس.



The dental check should be done at 18 months and there after once in 6 months. Examine the teeth by shining a torch light into the mouth of the child. look for any decayed (white or chalky spot / discoloured or rough spots), filled teeth (filling material) or missing teeth. Record the findings by entering the code on the picture of the teeth. (1 = decay, 2 = Filled, 3 = Missing, A & B = Incisors, C = Canine, D & E = Molars)

جدول تحصينات الأطفال لعام ٢٠١٧ 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)	طعم الخماسي يحمي طفلك من امراض الخناق والكزاز و الشاهوق والتهاب الكبد الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب)			تعطي 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 السادس At 6 months	الجرعة الثانية من طعم الشلل OPV	طعم الشلل للأطفال				يعطى طعم الحصبة والحصبة الألمانية والتكاف جرعة واحدة بعد الولادة مباشرة أو خلال (١٠) يوماً من الولاة للأمهات بعد الولادة الأولى فقط (العمانيات من عمر ٣٥ سنة فما فوق وجميع الوافدات) اللاتي لديهن ما يثبت تطعيمهن).
	عند الشهر التاسع At 9 months	فحص الهيموجلوبين Haemoglobin screen	الفحص الدوري Routine checkup				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)	الحمقنة ضد الدرن (السل) تحمي طفلك ضد مرض الدرن
	عند الشهر الثاني عشر At 12 months	الجرعة الأولى من الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية MMR - 1	طعم الثلاثي الفيروسي تحمي طفلك من الحصبة والتكاف والحصبة الألمانية		عند الولادة At Birth	كبدى (ب)	طعم التهاب الكبدى يعطى بعد الولادة مباشرة خلال ٢٤ ساعة من الولادة
	عند الشهر الثاني عشر At 12 months	(الجديري المائي) الحميقاء Varicella	طعم الجديري المائي يحمي طفلك من الجديري المائي (الحميقاء)				
	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 الطعم السداسي Hexa (DTaP, Hep-B, Hib, IPV)	طعم السداسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز و الشاهوق والتهاب الكبدى الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال
	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 الأولى من المكورات الرئوية PCV13 - 1	طعم المكورات الرئوية يحمي طفلك من الالتهاب الرئوية والتهاب السحايا
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	الثلاثي البكتيري المنشطة DTwP - Booster	الجرعة المنشطة من طعم الثلاثي البكتيري		عند الشهر الرابع At 4 months	الجرعة الثانية من الطعم السداسي Hexa (DTaP, Hep-B, Hib, IPV)	طعم السداسي يحمي طفلك من أمراض الخناق والكزاز و الشاهوق والتهاب الكبدى الفيروسي (ب) والتهاب السحايا بالمستديمة النزلية النوع (ب) وشلل الأطفال
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	طعم الشلل (منشطة) OPV - Booster	الجرعة المنشطة من شلل الأطفال		عند الشهر الرابع At 4 months	الجرعة الأولى من طعم الشلل OPV	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 الرئوية والتهاب السحايا
	عند الشهر الثامن عشر At 18 months	فحص الهيموجلوبين Haemoglobin screen	الفحص الدوري Routine checkup		عند الشهر الرابع At 4 months		