



الجواز الصحي للأم Mother Health Passport



Mother's Name : اسم الأم

ID Number : السجل المدني/ الإقامة

File Number : رقم الملف

Child's Name : اسم الطفل

ID Number : السجل المدني/ الإقامة

File Number : رقم الملف

Date of Birth : تاريخ الميلاد

Health Center's Name : اسم المركز الصحي

Hospital's Name : اسم المستشفى

Tel. Number : رقم الهاتف

...../...../..... تاریخ استلام الجواز المنطقة

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

Signature: الختم



الجواز الصحي للأم :

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

استخدامات الجواز

وسيلة
تثقيف
صحي

أداة لنظام
الإحالات بين
مستويات
الخدمة
الصحية

سجل
منتقل بين
المستفيد
ومقدم الخدمة
الصحية

الجواز الصحي للأم

Mother's Health Passport



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

مراحل الحمل وأعراضها:

المرحلة الثالثة (٤٠-٣٧) أسبوعاً	المرحلة الثانية (٢٦-١٤) أسبوعاً	المرحلة الأولى (١٣-١) أسبوعاً
الشعور بحركة الجنين	زيادة حجم الرحم	تأثير الدورة الشهرية
آلام أسفل الظهر	الشعور بحركة الجنين	تضخم وآلم بالثديين
تقلصات بالرحم	زيادة الشهية	غثيان وقيء
ظهور إفرازات من حلمة الثدي	يصبح لون الجلد أغمق	آلام في الظهر
الإحساس بنزول الرأس أسفل البطن	حلمتا الثديين تصبحان أغمق وأكبر	صداع



حملك حدث طبيعي
سعيد اهتمي به

زيارات متابعة الحمل

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

الزيارات الأساسية	
موعد الزيارة	نوع الزيارة
قبل إتمام الأسبوع ٢٠ من الحمل	الأولى
عند الأسبوع (٢٨)	الثانية
عند الأسبوع (٢٤)	الثالثة
عند الأسبوع (٢٨)	الرابعة
عند الأسبوع (٣٢)	الخامسة
عند الأسبوع (٣٦)	ال السادسة
عند الأسبوع (٣٨ و ٤٠)	الزيارة السابعة والثامنة

زيارات النفاس

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

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

التصوير بالموجات الصوتية أثناء فترة الحمل

الفحص الثالث	الفحص الثاني	الفحص الأول
بين الأسبوع (٣٤ - ٣٥) من الحمل، وذلك لأسباب طبية مختلفة منها تحديد مكان المشيمة ، أو عند الضرورة.	بين الأسبوع (١٨ - ٢٢) من الحمل للتأكد من النمو الطبيعي للجنين وعدم وجود تشوهات خلقية.	بين الأسبوع (١٤ - ١٦) من الحمل للتأكد من المدة الزمنية للحمل وعدم وجود التشوهات الخلقية والصبغية، كما يمكن عمل الفحص قبل هذا الموعد في حال حدوث نزيف للتأكد من أن الحمل داخل الرحم ووجود نبض للجنين.



إرشادات عامة للحامل



تناول وجبات
متنوعة ومتوازنة يومياً



شرب من (8-10) أكواب
من الماء يومياً



استعمال الملابس
الفضفاضة والمرية



المحافظة على صحة
الفم والأسنان



الامتناع عن العادات
الضارة مثل التدخين



تجنب تناول الأدوية بدون
استشارة الطبيب

الرياضة أثناء الحمل

للرياضة فوائد مهمة أثناء الحمل:

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

التمارين المهمة أثناء الحمل:

أولاً: تمارين اللياقة العامة:

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

ثانياً: تمارين الاستطاله والليونة:

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

ثالثاً: تمارين تقوية البطن وقاع الحوض:

تمرين البطن :

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

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

تمرين قاع الحوض :

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

• اقبضي العضلات المحيطة بفتحتي المهبل والشرج قدر استطاعتك وكيري الانقباض قدر الاستطاعة، ويمكن عمل التمارين في أي وضع ولكن تأكدي بأنك لا تستخدمين العضلات الخاطئة مثل عضلات المؤخرة أو الأفخاذ الداخلية. يجب القيام بهذه التمارين بشكل يومي للاستفادة القصوى.

• اتخاذ وضعية القرفصاء، ابدئي بعملها عدة مرات في اليوم (٣-٥) مرات وقومي بزيادة المدة تدريجياً إلى ما بين (٥-١٠) دقائق حسب مقدرتك على التحمل. علمأً بأن استخدام الحمام العربي هو أفضل طريقة لممارسة وضعية القرفصاء.

توقف عن الرياضة واستشيري الطبيب إذا شعرت بالأعراض التالية:

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

(أ) الإجراءات الأساسية لمتابعة الحامل

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

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

Premarital test result	Normal () Abnormal () what is it.....
Pregnancy test	Blood () Urine ()

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

Past Obstetric History							
Date of birth	Gestation	Gender	Place of birth	Birth Weight	Mode of birth	Complications	Remarks

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

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

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

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

من المصادر الطبيعية لحمض الفوليك



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

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

لتتغلى على القيء الصباحي تناولى بعض
البسكويت أو الخبز قبل نهوضك من السرير
فهذا يقلل من حموضة المعدة والرغبة بالقيء.

تصنيف الحوامن

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

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

استمارة تصنیف الحوامل

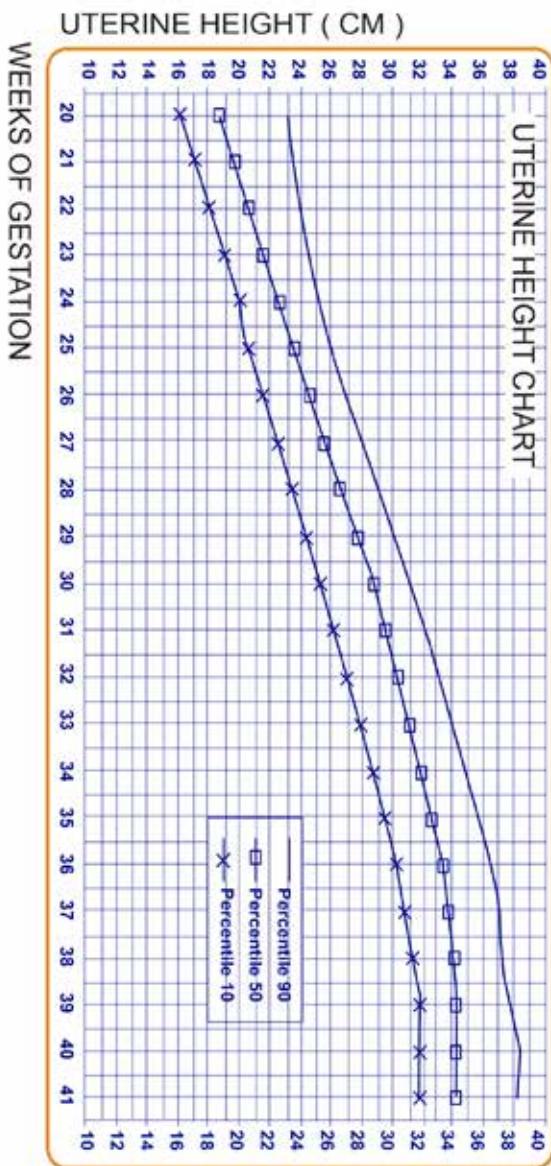
Obstetric History	Yes	No
1-Previous still birth or neonatal death		
2-History of 3 or more consecutive spontaneous miscarriage		
3-Birth weight of last baby < 2500 g		
4-Birth weight of last baby > 4500 g		
5-Last pregnancy hospital admission for hypertension or preeclampsia / eclampsia or preterm labor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

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



حملك يستوجب
العناية والمتابعة
المنتظمة من
أجل ولادة آمنة

Uterine Height Chart



ب / إجراءات الزيارات الستة الأساسية لمتابعة الحامل بمرافق الرعاية الصحية الأولية

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

Ultrasound Examination (Dating Scan)

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

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

من المصادر الطبيعية للحديد



Second visit at the 18th week	
Visit's date	Actual pregnancy age () weeks
Mother Complaints	
Fetal movement	Yes () No ()
Clinical Examination	
Weight	() kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height if > 20 weeks (plot on chart page 22)	
Fetal heart sound	
Laboratory Investigations	
Rapid urine dipstick test	
Complete urine analysis, if needed	
Treatments & Immunization	
Iron	
Calcium & Vitamin D (if needed)	
Recommended vaccine	
Other treatment (specify)	
Assess for referral	
- Assess for eligibility by using the classification form page (16-17), Eligible for primary health care follow up? - Other indication for referral?	Yes () No ()
Health Education	
Nutrition	
Risk factors in pregnancy	
Open questions & answers	
Next appointment at (24th) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

Ultrasound Examination (Anatomy Scan)

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

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

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

علامات تسمم الحمل



الزيادة المفرطة
في الوزن



ارتفاع ضغط
الدم



الزلال (ارتفاع
البروتين في البول)



تشنجات (حالة صرع عاشر)



نورم الوجه



تورم الساقين و القدمين

Third visit at the 24th week	
Visit's Date	Actual pregnancy age () weeks
Mother Complaints	
Fetal movement	Yes () No ()
Clinical Examination	
Weight	() kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height (plot on chart page 18)	
Fetal Heart Sound	
Laboratory Investigations	
Complete Blood Count (CBC)	
Serum Ferritin Level	
Oral glucose tolerance test (OGTT-75gs or 100gs)	
Rapid urine dipstick test	
Complete urine analysis, if needed	
Treatment & Immunization	
Iron	
Calcium & Vitamine D if needed	
Recommended vaccine	
Other treatment (specify)	
Assess for Referral	
- Assess for eligibility by using the classification form page (16-17) , Eligible for primary health care follow up?	Yes () No ()
- Other indication for referral?	

Health Education	
Nutrition	
Exercise	
Smoking	
Next appointment at (28 th) weeks	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	

- سكري الحمل هو نوع من أنواع السكري يتم تشخيصه في الثلث الثاني أو الثالث من الحمل.
- احرصي على عمل الفحص لاكتشافه مبكراً ولتجنبه مضاعفاته.



Fourth visit at the 28th week

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

Ultrasound Examination

Fetus	Alive (<input type="checkbox"/>)	Dead (<input type="checkbox"/>)
Number of fetus		
Fetal measurement	BPD (<input type="checkbox"/>)	HC (<input type="checkbox"/>)
Estimated fetus weight		
Gestational age		
EDD		
Amniotic fluid amount		
Placental position		
Congenital anomalies		
Doppler measurement, if needed		
Other observation		
Physician name & signature		

الرياضة من النشاطات المهمة لك،
ويجب استشارة طبيبك قبل ممارستها

أفضل أنواع الرياضة



السباحة



المشي



اليoga

Fifth visit at the 32nd week

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

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

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



Sixth visit at the 36th week	
Visit's Date	Actual pregnancy age () weeks
Mother Complaints	
Fetal movement	Yes () No ()
Clinical Examination	
Weight	() Kg
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height (plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
Fetal lie and presentation	
Head engagement	
Laboratory Investigations	
Rapid urine dipstick	
Complete urine analysis, if needed	
Treatment & Immunization	
Iron	
Calcium & Vitamine D if needed	
Recommended vaccine	
Other treatment	
Health Education	
Symptoms & Signs of Labor	

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

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

اللوازم الخاصة بالأم:

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

اللوازم الخاصة بالمولود:

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

تحضيرات الأم لحماية العجان

ما هو العجان؟

هو مجموعة من العضلات بين المهبل وفتحة الشرج.

ما هو قص العجان؟

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

متى يمكن إجراء قص العجان؟

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

ما هي مضار قص العجان؟

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

بعض تحضيرات الأم لحماية العجان:

خلال الحمل:

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

خلال الولادة:

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

ج- إجراءات الزيارتین السابعة والثامنة لمتابعة الحامل بالمستشفى

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

Eighth visit at the 40 week

visit's Date	Actual pregnancy age () weeks
Mother Complaints	
Fetal movement	Yes () No ()
Clinical Examination	
Weight	
Blood pressure	
Pallor	
Edema	
Fundal height (plot on chart page 18)	
Fetal heart sound	
Fetal lie and presentation	
Head engagement	
According to her Health Status the following will be Required	
Laboratory Investigations	
Ultrasound Examination	
Treatment & Immunization	
Health Education	
Physician/Midwife comments	
Physician/Midwife name & signature	



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

الولادة

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

الولادة الطبيعية

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

مراحل الولادة الطبيعية:

وصف مراحل الولادة الطبيعية	مراحل الولادة الطبيعية
تتميز بتتوسيع عنق الرحم إلى (١٠) سم وهي أطول مراحل الولادة.	المراحلة الأولى
تعرف بمرحلة خروج المولود وتتميز بتتوسيع عنق الرحم توسيعاً كاملاً.	المراحلة الثانية
تعرف بمرحلة خروج المشيمة.	المراحلة الثالثة

الولادة القصيرة :

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

من وضعيات الولادة لتخفييف الألم وقت المخاض



الاستلقاء على أحد الجانبين



وضعية السجدة



الجلوس بوضعية مستقيمة



الاستناد على الحائط



وضعية على أربع أطراف



الجلوس



الوقوف مدعاة مع جهاز التخطيط



الجلوس على السرير

نصائح لتقليل آلام الخياطة والفرز

- تغيير الفوط النسائية باستمرار، اغسليه يدك قبل وبعد الفوط الصحية واستحمري يوميا على الأقل لأن هذا سوف يقلل نسبة حدوث التهابات.

- ضعي كمادات باردة على مكان الخياطة بعد لفها بمنشفة، مثل الثلج الذي يعمل على تخفيف الألم والانتفاخات.



- استخدمي مخدة عند الجلوس لتخفييف الضغط على مكان الخياطة والجلوس في وضعية مناسبة.



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



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



- عرضي الخياطة للهواء مرة أو مرتين في اليوم لمدة ، دقائق أو أكثر.

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

- خذى مسكنًا للألم عند الحاجة مثل: الباراسيتامول أو إيبوبروفين.

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

استماره الولادة

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

Placenta sent for pathology	Yes () No.()
Mode of birth	SVD (head) ()
	Assisted breech delivery ()
	Vaginal delivery after C/S ()
	Operative vaginal delivery ()
	C/S () indication
Drugs (including Anti D)	
Admission to ICU	If Yes () day () reason

Mother & newborn contact immediately after birth	Yes () period
No () why?	
Physician/Midwife name & signature	

To be filled at the maternity hospital before discharge

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



نبارك لك قدوم
مولودك بالسلامة,,

الرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية تعد غذاءً كاملاً وأمناً للطفل، و تستطيع كل أم القيام بها، و تبدأ الرضاعة في الساعة الأولى بعد الولادة مباشرةً لما لها من أثر إيجابي صحي و نفسي على الأم و الطفل.

تكون الرضاعة الطبيعية حصرية حتى يبلغ المولود عمر ستة أشهر حيث ينبع من حليب الأم كامل المكونات الغذائية الأساسية التي يحتاجها في هذه المرحلة، ويمكن البدء بالتجذية التكميلية للمولود عند بلوغه ستة أشهر استمرار في الرضاعة الطبيعية.

إن مشاعر الأم الحيدة و شعورها بالثقة بأن حليبها هو الأفضل و يكفي حاجة الطفل يمكنها من إرضاع الطفل أطول فترة ممكنة.

العناية بالثدي أثناء الرضاعة

- من أهم مثبتات إدرار الحليب هو التوقف عن الرضاعة أو احتقان الثدي بالحليب، فيجب إزالة احتقان الثدي بإرضاع الطفل باستمرار أو عند الطلب أو اعتصار الثدي ليستمر في إنتاج الحليب.
- إذا احتقن الثدي استمرى بالرضاعة وضعى عليه كمامات دافئة أو خلال الاستحمام اجعلى تيار الماء الدافئ على الثدي المحقق مع عمل مساج حتى يتدفق الحليب، وإذا استمر احتقان الثدي استشيري الطبيب.
- يجب الاعتناء بالثديين عند الإرضاع لتجنب التشققات والالتهابات.

فوائد الرضاعة الطبيعية

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

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

وعي الرضاعة الطبيعية الصحيحة

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



حمل الطفل في وضعية الاستلقاء على الجانب

حمل الطفل في وضعية كرة القدم

حمل الطفل في وضعية المهد المعكوس

حمل الطفل في وضعية المهد



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

زيارات النفاس

لماذا يجب زيارة الطبيبة أو القابلة بعد الولادة؟



النفاس حول أحد اللقاحات الازمة



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



فحص مكان الجرح في حال كانت الولادة قيصرية أو حدثت أي تدخلات درامية



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



النفاس حول مشاعر الألم وصحتها النفسية بشكل عام



النفاس حول وسائل منع الحمل



المناقشة بخصوص الآثار الممهدة



الاطمئنان على صحة الوليد وانتظام الرضاعة الطبيعية

First Postnatal visit at 1st week				
Date of visit/./.			
Place of visit	At PHCC () At Home ()			
Time of visit after birth	() days			
Visit's Cause	Routine () Compliant () What is the compliant?			
Delivery and baby outcome	Home delivery () Hospital delivery () Vaginal delivery () Instrumental delivery () Cesarean section () Single () Twins () Term () Preterm () Post-dated () Boy () Girl () Discharged () Admitted in hospital () if yes why?.....			
	Mother's Assessment			
	General assessment	Episiotomy () Perineal tear () Postpartum hemorrhage () Blood transfusion () Urinary complications () Bowel complications () Mood & psychological wellbeing () Other complications (Specify):		
		Red flags assessment		
		Red flags assessment	Persistent fever, Breathing difficulty () Prolonged or heavy bleeding () Unilateral leg pain and swelling () Severe headache and vomiting () Postpartum depression () Other res flags (Specify):	
			Any significant history	
			Clinical Examination	
Pulse () BP () RR () T() Weight ()				
Pallor				
Breast examination				
Cardiovascular examination				
Respiratory examination				
Abdomen/Uterus				
Perineum				
Lower limb				

Local examination for wound (if present)		
Special investigation if needed & its result.		
Immunization/Treatment		
Newborn Assessment		
Newborn Age	() days	
Visit's Cause	Routine () Compliant () What is the compliant?	
General Assessment	Exclusive breast feeding () Only milk formula () Mixed feeding () Frequency of feeding () per day Frequency of urination () per day Frequency of stooling () per day	
Red Flags Assessment	Poor feeding or sucking () Fever or hypothermia () Discharge from umbilicus or redness of skin () Discharge or swelling of the eye () Cannot move arms or legs () Other red flags (specify)	
Vaccination at Birth	Hep B () Other ()	
Result of Newborn Screening		
Hearing Screening test	Normal () Abnormal ()	
Congenital heart disease screening test	Normal () Abnormal ()	
Metabolic screening test	Normal () Abnormal ()	
if any abnormality what is it?.....		
Any Significant History		
Clinical Examination		
Temp ()	HR ()	RR ()
Weight () kg	Length () cm	Head circumference () cm
Jaundice		

Peripheral or central cyanosis	
Cataracts	
Dimorphism	
Cleft lip/palate	
Muscle tone	
Neonatal reflexes	
Murmur	
Hepatomegaly	
Splenomegaly	
Abdominal masses	
Umbilicus	
External genital organs	
Limbs	
Hips	
Anal orifice	

Special investigation if needed & its result.

Immunization/Treatment

Health Education

Reassurance on breast feeding	
Healthy diet & exercise	
Breast care	
Wound care	
Umbilical cord care	
Sleeping position for newborn	
Neonatal jaunice	
Educate about Post natal complications as (UTI, mastitis, breast abscess, anemia, puerperal sepsis, post partum blue & depression , DVT.....etc	

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

Second Postnatal visit the (4th - 6th) weeks

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

Mother's Assessment	
Visit's Cause	Routine () Compliant () What is the compliant?

Any significant history
.....

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

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

Immunization/Treatment
.....

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

Health Education	
Reassurance on breast feeding	

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

ملخص تقارير الإحالة والتغذية الراجعة

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

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in

Region..... /

Health Cluster.....

Health Sector.....

PHCC



المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الادارة العامة لشئون المراكز الصحية

الصحيحة بمنطقة

.....

..... الْأَلْهَمُ

نموذج إحاله واستشارة REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date التاريخ / / اسما المريض الرباعي /
 Nat. س ذ الجنسية / س / رقم الهوية /
 Age العمر رقم الملف الصحي /
 Sex ذكر انثى الجنس / رقم الهاتف / الجووال
 F M المستشفى المحال إليه / / التأمين /

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in

Region...../.....

Health Cluster.....

Health Sector.....

PHCC.....

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الادارة العامة للشؤون الصحية بمنطقة

/..... التجمع الصحي

القطاع الصحي

مركز الرعاية الصحية الأولية



تقرير التغذية الراجعة للإحالة

FEEDBACK FORM

Hospital Name :

اسم المستشفى :

Hosp. No :

رقم الملف بالمستشفى :

Clinic :

عيادة :

Patient Name :

اسم المريض :

Clinical Findings

نتيجة الفحص السريري

Result of Investigations

نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية

Diagnosis:

التشخيص:

Treatment

العلاج

Recommendations

التصبيات

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in

Region...../

Health Cluster.....

Health Sector.....

PHCC.....

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الادارة العامة للشئون المراكز الصحية

/الادارة العامة للشئون المراكز الصحية بمنطقة

ال人群中 الصحي

القطاع الصحي

مركز الرعاية الصحية الأولية



نموذج إحاله واستشارة REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / /	اسم المريض الرباعي /
Nat. <input type="checkbox"/> الجنسية/ س <input checked="" type="checkbox"/> ع (حدد)	رقم الهوية/
Age.....	رقم الملف الصحي/
Sex <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> انتى F M	رقم الهاتف/الجوال المسنثني المحال إليه/ الشخص /

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

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
MINISTRY OF HEALTH
General Directorate for PHCC Affairs
General Directorate for health affairs in
Region...../
Health Cluster.....
Health Sector.....
PHCC.....

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الادارة العامة للشؤون الصحية بمنطقة/
التجمعي الصحي
القطاع الصحي
مركز الرعاية الصحية الأولية

وزارة الصحة
Ministry of Health

تقرير التغذية الراجعة للإحالة

FEEDBACK FORM

Hospital Name :

: اسم المستشفى

Hosp. No :

: رقم الملف بالمستشفى

Clinic :

: عيادة

Patient Name :

: اسم المريض

Clinical Findings

: نتيجة الفحص السريري

Result of Investigations

: نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية

Diagnosis:

: التشخيص

Treatment

: العلاج

Recommendations

: التوصيات



KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in

Region...../.

Health Cluster.....

Health Sector.....

PHCC.....

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الادارة العامة للشئون المراكز الصحية

/الإدارية العامة للشئون الصحية بمنطقة

ال人群中 الصحي

القطاع الصحي

مركز الرعاية الصحية الأولية



نموذج إحالة واستشارة REFERRAL & CONSULTATION FORM

Date / /	النوع المريض الرباعي /
Nat. <input type="checkbox"/> الجنسية/ س <input checked="" type="checkbox"/> ع (حدد) س (حدد)	رقم الهوية/
Age.....	رقم الملف الصحي/
Sex <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> انتى F M	رقم الهاتف/الجوال المسئلني المحال إليه/ التخصص /

Immediate <input type="checkbox"/>	فورية <input type="checkbox"/>	Urgent <input type="checkbox"/>	طارئة <input type="checkbox"/>	Elective <input type="checkbox"/>	اختيارية <input type="checkbox"/>	نوع الإحالات:		
						وقت الإحالات: Time of referral		
PATIENT CONDITION ON REFERRAL:								
الشكاوى ومحنتها :								
V/S	Temp	B.P	Resp.rate	Pulse	Wieght	Height		
						الفحص السريري		
Clinical & Examination								
.....								
.....								
.....								
Investigation (Included)								
(الفحوصات (ترفق))								
.....								
.....								
.....								
Summary Of interventions								
ملخص التدخلات الطبية/								
.....								
.....								
.....								
Provisional Diagnosis								
التشخيص بالمركز								
Treatment Given.....								
العلاج المعطى :.....								
.....								
(Time of last dose) (تحديد آخر جرعة)								
.....								
.....								
.....								
Reasons of Follow Up Diagnosis & management <input type="checkbox"/> سبب الإحالات التسخيص والعلاج المتابعة <input type="checkbox"/>								
Referral Annual check up <input type="checkbox"/> الفحص العام الفحص السنوي <input type="checkbox"/>								
Other (Define) أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> بناء على رغبة المريض <input type="checkbox"/> Upon Patient's Request								
Stamp & Sign of treating Physician ختم الطبيب المعالج وتوقيعه /								
Stamp & Sign of technical director ختم المدير الفني وتوقيعه /								
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">HR51.1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">ختم المركز</td> </tr> </table>							HR51.1	ختم المركز
HR51.1	ختم المركز							

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

MINISTRY OF HEALTH

General Directorate for PHCC Affairs

General Directorate for health affairs in

Region...../

Health Cluster.....

Health Sector.....

PHCC.....

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الادارة العامة للشؤون الصحية بمنطقة

/.....التجمعي الصحي.....القطاع الصحي.....مركز الرعاية الصحية الأولية



تقرير التغذية الراجعة للإحالة

FEEDBACK FORM

Hospital Name :

: اسم المستشفى

Hosp. No :

: رقم الملف بالمستشفى

Clinic :

: عيادة

Patient Name :

: اسم المريض

Clinical Findings

: نتيجة الفحص السريري

Result of Investigations

: نتيجة الفحوصات الشعاعية والمخبرية

Diagnosis:

: التشخيص

Treatment

: العلاج

Recommendations

: التوصيات

**مع أطيب التمنيات
بأمومة آمنة وطفولة سعيدة
ودوام الصحة والعافية...**

BabyJoy

عزيزي الأَمِّ ..

لضمان الاستخدام الأفضل لهذه الوثيقة، نأمل اتباع
الإرشادات الآتية:

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