

قبل فحص طفلك في سن 12 شهرًا

اطبعي نسخة مترجمة من استمارة تقييم الوالدين لحالة النمو (PEDS) من الموقع الإلكتروني www.mhcs.health.nsw.gov.au واملئيها قبل زيارتك. أو اطلبي من ممرض صحة طفلك أن يساعدك.

هل ما زلتما تدخنان؟

إن التدخين يزيد من إمكانية إصابة طفلكما بظاهرة موت الأطفال المفاجئ (SIDS).

اتصلا بـ Quitline 13 QUIT (13 7848) أو تفقدا الموقع

http://www.health.nsw.gov.au/cancer_inst/programs/quitline.html

السمع	نعم	كلا	غير متأكد
هل أنت قلقة بشأن سماع طفلك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يقلد طفلك أصوات كلام الآخرين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يفهم طفلك كلمات بسيطة، مثل "طابة"، "كلب"، "بابا"؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يدير طفلك رأسه باتجاه الأصوات الخفيفة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قد يبدأ طفلك بقول كلماته الأولى.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
البصر			
هل أنت قلقة بشأن بصر طفلك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل طفلك مصاب بالحول أو العين الكسولة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يواجه طفلك صعوبة في رؤية الأشياء الصغيرة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يتعرف طفلك على الأشياء والأشخاص من مسافة بعيدة إذا كان قد رأى هذه الأشياء أو هؤلاء الأشخاص في الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل لدى أي شخص في العائلة مشاكل في البصر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الحركة/الأنشطة			
هل يجلس طفلك بنفسه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يحبو طفلك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يمد طفلك جسمه للوصول إلى الأشياء؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
صحة الفم			
هل لطفلك أية أسنان حاليًا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانى طفلك من أية مشاكل أسنان أو في ظهور الأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أعطيت طفلك ولو مرة واحدة قنينة لكي ينام وهو يشرب منها؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل يمشي طفلك بين الوجبات وهو يحمل قنينة أو كوب شرب خاص بالأطفال؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل بدأ طفلك بتنظيف أسنانه بالفرشاة أو هل بدأ أحد بتنظيفها له بالفرشاة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مواضيع للبحث في سن 12 شهرًا

- ما الذي تتوقعينه من طفلك
- سلامة الطفل
- الوقاية من الشمس
- مشاكل في النوم/التصرفات
- الطبع
- التحصين
- الأسنان
- الإطعام والغذاء
- الغيرة بين الأخوة والأخوات
- أنشطة اللعب
- الصحة النفسية للأم
- العلاقة مع الطفل والشريك
- التنقل