



(Cop Klinik)

Pindaan 03/2021

NO. PENDAFTARAN:



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



NAMA : ANAK   
IBU

TARIKH LAHIR     
hari bulan tahun

NO. MY KID

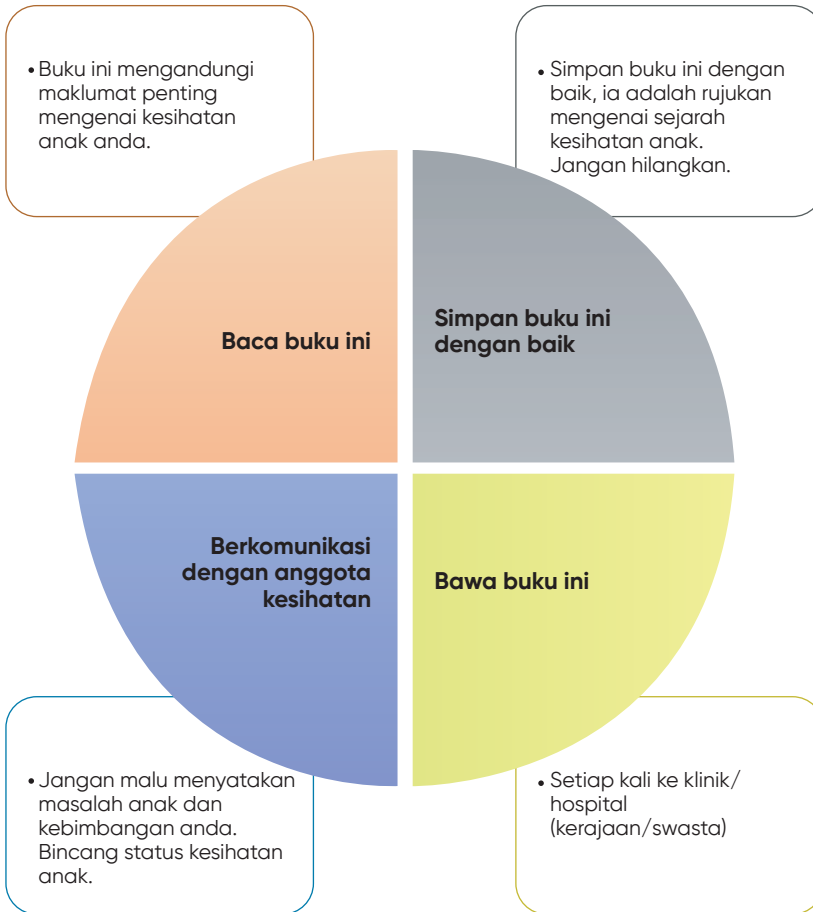
ALAMAT

NO. TELEFON

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

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

## TANGGUNGJAWAB IBU BAPA



## KANDUNGAN

<b>TANGGUNGJAWAB IBUBAPA</b>	<b>2</b>
<b>JADUAL PEMERIKSAAN BAYI DAN KANAK-KANAK</b>	<b>5</b>
<b>TARIKH TEMUJANJI</b>	<b>6</b>
<b>REKOD IMUNISASI</b>	<b>7</b>
<b>MAKLUMAT KELAHIRAN ANAK</b>	<b>8</b>
1. SOSIODEMOGRAFI	8
2. MAKLUMAT ADIK BERADIK	8
3. REKOD ANTENATAL IBU	9
4. REKOD KELAHIRAN	9
5. SARINGAN BAYI BARU LAHIR	10-11
6. BIMBINGAN AWAL UNTUK IBUBAPA/PENJAGA	12
<b>CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA</b>	<b>13</b>
<b>CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA</b>	<b>14</b>
<b>PANDUAN IBUBAPA/PENJAGA</b>	<b>15</b>
PERKARA-PERKARA YANG PERLU DILAKUKAN	15
PERKARA-PERKARA YANG PERLU DIELAKKAN	15
PENYUSUAN SUSU IBU	16
POSISI UNTUK MENYUSUKAN BAYI	16
PELEKAPAN PENYUSUAN BAYI	16
CARA SENDAWAKAN BAYI SELEPAS PENYUSUAN	17
CARA MENYIMPAN SUSU IBU PERAHAN	17
PANDUAN PEMAKANAN BAYI DAN KANAK-KANAK	18
PEMAKANAN BAYI DARI LAHIR HINGGA 6 BULAN	18
PEMAKANAN BAYI DARI 6 BULAN HINGGA 6 TAHUN	19
TIPS DAN SARANAN PEMBERIAN MAKANAN	19
SARANAN PENGAMBILAN MAKANAN MENGIKUT UMUR	20
KESELAMATAN DI RUMAH	21
TANDA-TANDA BAHAYA PADA KANAK-KANAK	22
KEMAHIRAN KEIBUBAPAAN	23
GAYA KEIBUBAPAAN	23
KESAN GAYA KEIBUBAPAAN TERHADAP KANAK-KANAK	23
KEMAHIRAN KOMUNIKASI BERKESAN	24
PENDIDIKAN SEKSUALITI	25
SULIT DAN AWAM	25
BULATAN HUBUNGAN	25
SENTUHAN BAIK/SELAMAT DAN TAK BAIK/TAK SELAMAT	26
APA YANG KANAK-KANAK PERLU LAKUKAN SEKIRANYA DIGANGGU	26
SENARAI SEMAK/PANDUAN PEMILIHAN PENGASUH DI RUMAH	27
<b>BORANG PEMANTAUAN JAUNDIS</b>	<b>28</b>
<b>RAWATAN POSTNATAL</b>	<b>29</b>

<b>PEMERIKSAAN BAYI DAN KANAK-KANAK</b>	<b>32</b>
PEMERIKSAAN PADA UMUR 1 BULAN	33
PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN PADA UMUR 1 BULAN	34
PEMERIKSAAN PADA UMUR 2 BULAN	35-36
PEMERIKSAAN PADA UMUR 3 BULAN DAN 4 BULAN	38-40
PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 BULAN DAN 6 BULAN	42-44
PEMERIKSAAN PADA UMUR 9 BULAN DAN 10 BULAN	46-48
PEMERIKSAAN PADA UMUR 12 BULAN DAN 15 BULAN	50-52
<b>GAYA HIDUP SIHAT KANAK-KANAK 0 -12 BULAN</b>	<b>54</b>
PEMERIKSAAN PADA UMUR 18 BULAN DAN 21 BULAN	55-57
PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN PADA UMUR 18 BULAN	58
<b>GAYA HIDUP SIHAT KANAK-KANAK 12-24 BULAN</b>	<b>60</b>
PEMERIKSAAN PADA UMUR 2 TAHUN, 2 TAHUN 6 BULAN, 3 TAHUN & 3 TAHUN 6 BULAN	61-62
<b>UJIAN SARINGAN PERKEMBANGAN TINGKAH LAKU KANAK-KANAK (M-CHAT)</b>	<b>64-66</b>
PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN	67-69
PEMERIKSAAN MATA PADA UMUR 4 TAHUN	70
PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN OLEH PEGAWAI PERUBATAN	71
PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 DAN 6 TAHUN	73-74
<b>GAYA HIDUP SIHAT KANAK-KANAK 2 - 6 TAHUN</b>	<b>76</b>
<b>REKOD KESIHATAN PERGIGIAN ANAK</b>	<b>77</b>
PERTUMBUHAN GIGI SI COMEL ANDA	77
PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 6-12 BULAN	78
STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 6-12 BULAN	78
PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 18 BULAN	79
PEMERIKSAAN PERGIGIAN PADA UMUR 18 BULAN	80
STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 18 BULAN	80
PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 36 BULAN	81
PEMERIKSAAN PERGIGIAN PADA UMUR 36 BULAN	81
STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 36 BULAN	82
PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 4 TAHUN	83
PEMERIKSAAN PERGIGIAN PADA UMUR 4 TAHUN	83
STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 4 TAHUN	84
REKOD PEMERIKSAAN AM	85
REKOD SAPUAN FLUORIDA	86
<b>CARTA PERTUMBUHAN</b>	<b>87</b>
Carta Berat-untuk-umur	88-89
Carta Panjang/Tinggi-untuk-umur	90-91
Carta BMI-untuk-umur	92-93
Carta Lilitan Kepala-untuk-umur	94



## JADUAL PEMERIKSAAN BAYI DAN KANAK-KANAK

Umur	Kekerapan Pemeriksaan	Aktiviti
0-6 bulan	Setiap bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan pegawai perubatan pada umur 1 bulan</li> <li>• Penilaian perkembangan dan pertumbuhan</li> <li>• Imunisasi</li> <li>• Nasihat penyusuan</li> <li>• Bimbingan awal</li> </ul>
6-12 bulan	Setiap 2 bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan gigi pada umur 6 – 12 bulan</li> <li>• Penilaian perkembangan dan pertumbuhan</li> <li>• Imunisasi</li> <li>• Nasihat pemakanan dan penyusuan</li> <li>• Bimbingan awal</li> </ul>
1-<2 tahun	Setiap 3 bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan pegawai perubatan pada umur 18 bulan</li> <li>• Pemeriksaan gigi pada umur 18 bulan</li> <li>• Penilaian perkembangan dan pertumbuhan</li> <li>• Ujian Saringan Perkembangan Tingkah Laku (M-CHAT) pada umur 18 bulan</li> <li>• Imunisasi tambahan</li> <li>• Nasihat pemakanan dan penyusuan</li> <li>• Bimbingan awal</li> </ul>
2-4 tahun	Setiap 6 bulan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan pegawai perubatan pada umur 4 tahun</li> <li>• Pemeriksaan penglihatan</li> <li>• Pemeriksaan gigi pada umur 36 bulan dan 4 tahun (48 bulan)</li> <li>• Penilaian perkembangan dan pertumbuhan</li> <li>• Ujian Saringan Perkembangan Tingkah Laku (M-CHAT) pada umur 2 tahun dan 3 tahun</li> <li>• Nasihat pemakanan</li> <li>• Bimbingan awal</li> </ul>
5-6 tahun	Setahun sekali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian perkembangan dan pertumbuhan</li> <li>• Nasihat pemakanan</li> </ul>



## TARIKH TEMUJANJI

(untuk diisi oleh Jururawat)

TARIKH	MASA	TUJUAN LAWATAN



## REKOD IMUNISASI

(untuk diisi oleh Jururawat)

Nama Anak : ..... No. MyKid : .....

Umur	Vaksin	Tarikh & Masa	No. Batch	Tandatangan
Lahir	BCG			
	Hepatitis B (Dos 1)			
2 bulan	DTaP-IPV-Hep B-Hib (Dos 1)			
3 bulan	DTaP-IPV-Hep B-Hib (Dos 2)			
4 bulan	Pneumokokal (Dos 1)			
5 bulan	DTaP-IPV-Hep B-Hib (Dos 3)			
6 bulan	Pneumokokal (Dos 2)			
	Measles (Sabah)			
9 bulan	JE (Dos 1) (Sarawak)			
	MMR (Dos 1)			
12 bulan	MMR (Dos 2)			
15 bulan	Pneumokokal (Booster)			
18 bulan	DTaP-IPV-Hep B-Hib (Booster)			
21 bulan	JE (Booster) (Sarawak)			

### LAIN-LAIN IMUNISASI YANG DITERIMA

Umur	Vaksin	Tarikh & Masa	No. Batch	Tandatangan



## MAKLUMAT KELAHIRAN ANAK

(diisi oleh Pegawai di tempat kelahiran)

### 1. SOSIODEMOGRAFI : Tandakan (✓) di ruangan berkenaan

Jantina :  Lelaki  Perempuan

Etnik :  Melayu  Cina  India  Orang Asli

Bumiputera Sabah  Bumiputera Sarawak

Lain-lain, Nyatakan : .....

Nama ibu/penjaga : .....

No. Kad Pengenalan : 

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

Nama bapa/penjaga : .....

No. Kad Pengenalan : 

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

Alamat rumah : .....

.....

.....

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

iii. Lain-lain : .....

### 2. MAKLUMAT ADIK-BERADIK

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



**3. REKOD ANTENATAL IBU : Tandakan (✓) di ruangan berkenaan**

Kumpulan darah ibu: ..... Rhesus:.....

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

**4. REKOD KELAHIRAN : Tandakan (✓) di ruangan berkenaan**

Waktu lahir : ..... jam (contoh: 17.25 jam)

Jangkamasa kandungan : ..... minggu

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

Jenis Kelahiran :  Normal  Breech  Forceps  Vacuum  LSCS

Komplikasi (jika ada) :

Fetal distress  Meconium stained liquor  Prolonged/Premature ruptured of Membrane

Lain-lain, nyatakan : .....

Bilangan bayi :  Singleton  Kembar  Kembar > 2, nyatakan : .....

Skor Apgar :  1 min  5 min  10 min  20 min

Berat lahir : ..... kg Panjang : ..... cm

Lilitan kepala : ..... cm

IM Vitamin K diberi :  Ya  Tidak



## 5. SARINGAN BAYI BARU LAHIR

### a. PEMERIKSAAN FIZIKAL : (Diisi oleh Pegawai Perubatan)

Vital Sign :

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

Kadar denyutan jantung : ..... /min

Buang air besar dalam masa 24 jam :  Ya  Tidak

Buang air kecil dalam masa 24 jam :  Ya  Tidak

Memulakan penyusuan susu ibu :  Ya  Tidak

Pemeriksaan Am : Tanda (✓) di ruang berkenaan

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

Maklumat tambahan (jika ada):.....  
.....  
.....



**b. SARINGAN DARAH TALIPUSAT**

G6PD	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficient
TSH	TSH .....mU/L T4 .....nmol/L

**c. SARINGAN PENDENGARAN**

Tarikh	Jenis Ujian	Telinga Kanan	Telinga Kiri	TCA/Catatan	Nama & Tandatangan
	Saringan Pertama (OAE/AABR)	Lulus <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/>	Lulus <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/>		
	Saringan Kedua (OAE/AABR)	Lulus <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/>	Lulus <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/>		
	Diagnosis ABR	Lulus <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/>	Lulus <input type="checkbox"/> Rujuk <input type="checkbox"/>		

Tarikh	Masalah	Tindakan/Catatan



## 6. BIMBINGAN AWAL UNTUK IBUBAPA/PENJAGA

Tandakan (✓) selepas nasihat diberi

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

Dilakukan oleh: (Jururawat/Pegawai Perubatan)

Tandatangan:

Nama dan Cop:

Tarikh:






## CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA

(diisi oleh ibubapa/penjaga)

Sila isi umur si comel anda apabila dia boleh melakukan aktiviti-aktiviti seperti di bawah. Perkembangan normal adalah di dalam julat umur yang tertera.



Membalas senyuman  
(0-2 bulan)

Umur : .....



Tegakkan kepala  
semasa duduk  
(1.5-5 bulan)

Umur : .....



Meniarap dan  
telentang  
(2.5-5 bulan)

Umur : .....




Mencapai objek  
(3-5 bulan)

Umur : .....




Memusing kepala  
ke arah bunyi  
(3.5-8 bulan)

Umur : .....




Duduk tanpa disokong  
(5-8 bulan)

Umur : .....



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

Umur : .....




Menyebut papa, mama  
(9.5-13.5 bulan)

Umur : .....



Berjalan beberapa  
langkah  
(11.5-14.5 bulan)

Umur : .....



Minum dengan cawan  
tanpa dibantu  
(10-16.5 bulan)


Umur : .....

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

## CARTA PERKEMBANGAN SI COMEL ANDA

(diisi oleh ibubapa/penjaga)

Sila isi umur si comel anda apabila dia boleh melakukan aktiviti-aktiviti seperti di bawah. Perkembangan normal adalah di dalam julat umur yang tertera.



Menconteng  
(12-24.5 bulan)

Umur : .....



Menyatukan 2 perkataan  
(14-26 bulan)

Umur : .....



Menendang bola ke  
depan  
(15-24 bulan)

Umur : .....



Menanggalkan pakaian  
(14-22 bulan)

Umur : .....



Mengikuti arahan  
(15-33 bulan)

Umur : .....



Memakai pakaian  
(20-36 bulan)

Umur : .....



Melompat setempat  
(20.5-36 bulan)

Umur : .....



Bermain secara interaktif  
(20-42 bulan)

Umur : .....



Melukis bulatan  
(27-39 bulan)

Umur : .....

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

## PANDUAN IBUBAPA/PENJAGA

### PERKARA-PERKARA YANG PERLU DILAKUKAN



Daftar kelahiran dalam tempoh 14 hari selepas bersalin



Tidurkan bayi dalam keadaan terlentang



Pastikan ke klinik mengikut tarikh temujanji yang ditetapkan



Dapatkan imunisasi mengikut jadual

### PERKARA-PERKARA YANG PERLU DIELAKKAN



Jangan goncang bayi



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



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



Puting tiruan tidak digalakkan



Jangan biarkan bayi anda bersendirian tanpa pengawasan

## PENYUSUAN SUSU IBU

### POSISI UNTUK MENYUSUKAN BAYI



### PELEKAPAN PENYUSUAN BAYI



#### Pelekapan yang dalam:



- ✓ Mulut bayi terbuka luas
- ✓ Bibir bawah terjulih keluar
- ✓ Dagu bayi menyentuh payudara
- ✓ Lebih banyak areola kelihatan di atas mulut bayi berbanding di bawah mulut (*Asymmetrical Latch*)

#### Pelekapan yang cetek:



- ✓ Mulut bayi tidak terbuka luas
- ✓ Bibir bawah terlengkup ke dalam
- ✓ Dagu bayi tidak menyentuh payudara
- ✓ Lebih banyak areola kelihatan di bawah mulut bayi

### MAKLUMAT PENTING

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

### CARA SENDAWAKAN BAYI SELEPAS PENYUSUAN



Posisi Bahu



Posisi Tangan



Posisi Riba

### CARA MENYIMPAN SUSU IBU PERAHAN

Tempat	Bayi Normal	Bayi Prematang/Sakit
Suhu Bilik • Suhu biasa (Suhu 25°C-37°C) • Sekiranya dalam keadaan berhawa dingin (Suhu 15°C-25°C)	4 Jam  8 Jam	4 Jam  -
Peti Sejuk (rak atas) • Suhu 2°C-4°C	< 8 Hari	48 Jam
Peti Sejuk (1 pintu) • Sejuk beku	2 Minggu	2 Minggu
Peti Sejuk (2 pintu) • Sejuk beku (-20°C) • Susu beku yang dicairkan dalam peti sejuk rak atas	3 Bulan 24 Jam (setelah dicairkan tidak boleh dibekukan semula)	3 Bulan 12 Jam (setelah dicairkan tidak boleh dibekukan semula)
Peti Sejuk "deep freezer"	6 Bulan	3 Bulan

## PANDUAN PEMAKANAN BAYI DAN KANAK-KANAK

### PEMAKANAN BAYI DARI LAHIR HINGGA 6 BULAN

- Semua ibu digalakkan menyusu bayi dengan susu ibu secara eksklusif (sepenuhnya) dari lahir sehingga berumur 6 bulan.
- Makanan pelengkap dimulakan pada umur 6 bulan dan penyusuan ibu diteruskan sehingga berumur 2 tahun.

Kelebihan Susu Ibu Untuk Bayi	Kelebihan Menyusukan Bayi Untuk Ibu
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Susu ibu <b>membekalkan semua nutrien</b> yang diperlukan untuk <b>pertumbuhan dan perkembangan</b> bayi pada 6 bulan pertama.</li><li>✓ Susu ibu <b>mengandungi antibodi</b> untuk <b>melindungi</b> bayi dan kanak-kanak <b>daripada jangkitan penyakit</b>.</li><li>✓ <b>Mengurangkan risiko</b> bayi dan kanak-kanak <b>mendapat penyakit</b> seperti jangkitan saluran pernafasan, cirit birit dan penyakit berjangkit.</li><li>✓ Membantu <b>pembentukan dan pertumbuhan rahang, gigi dan pertuturan</b>.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Mempercepatkan pengecutan rahim</b> selepas bersalin dan <b>membakar lemak badan</b> yang terkumpul semasa hamil serta membantu <b>mengembalikan bentuk asal badan</b> sebelum hamil.</li><li>✓ <b>Mengurangkan risiko osteoporosis, kanser payudara dan ovari</b> pada ibu.</li><li>✓ <b>Hubungan ibu dan anak lebih erat</b> dan sangat <b>membantu ibu mengenali dan menguruskan anak</b>.</li><li>✓ <b>Membantu</b> dari segi <b>pengurusan kewangan keluarga</b>: Jimatkan duit kerana tidak perlu beli susu anak.</li></ul>



Untuk maklumat lanjut, layari laman sesawang ini :

<http://nutrition.moh.gov.my/buku/>

ATAU

Imbas QR kod berikut:



## PANDUAN PEMAKANAN BAYI DAN KANAK-KANAK

### PEMAKANAN BAYI DARI 6 BULAN HINGGA 6 TAHUN

**Sekarang bayi saya berusia 6 bulan, apa yang patut saya lakukan?**

- ✓ Beri makanan pelengkap DAN
- ✓ Teruskan penyusuan susu ibu sehingga bayi berusia 2 tahun.

**Apa itu makanan pelengkap?**

- ✓ Makanan atau cecair tambahan.
- ✓ Merupakan pelengkap kepada penyusuan susu ibu.
- ✓ Mengandungi pelbagai jenis makanan.

**Mengapa perlu beri makanan pelengkap apabila bayi berusia 6 bulan?**

- ✓ Bayi yang membesar perlu lebih tenaga dan nutrien.
- ✓ Keperluan tenaga dan nutrien dari susu ibu sahaja tidak lagi mencukupi untuk keperluan bayi.

**Mengapa masih perlu teruskan penyusuan susu ibu sehingga bayi berusia 2 tahun?**

- ✓ Penyusuan susu ibu perlu diteruskan kerana ia masih membekalkan 1/3 hingga 1/2 daripada keperluan tenaga dan nutrien harian bayi yang berumur 12 bulan hingga 2 tahun.

### TIPS DAN SARANAN PEMBERIAN MAKANAN



**Perkenalkan makanan kepada bayi dalam kuantiti yang sedikit terlebih dahulu**

- Setelah bayi dapat menerima makanan tersebut dengan baik, tingkatkan kuantiti makanan secara beransur-ansur mengikut umur bayi.



**Sediakan makanan daripada pelbagai jenis makanan dan beri amaun yang mencukupi untuk memastikan semua keperluan nutrien dipenuhi.**

- Bayi yang membesar perlu lebih tenaga dan nutrien.
- Keperluan tenaga dan nutrien dari susu ibu sahaja tidak lagi mencukupi untuk keperluan bayi.



**Amalkan pemberian makanan secara responsif.**

- Jadikan waktu makan anak lebih menarik.
- Bantu anak untuk makan dan mengenali makanan. Anak akan merasa seronok untuk makan.

Untuk maklumat lanjut dan video mengenai pemakanan bayi dan kanak-kanak kecil, layari laman sesawang ini:

<http://nutrition.moh.gov.my/buku/>

<https://www.youtube.com/user/BahagianPemakananKKM/playlists>

ATAU Imbas kod berikut:



## SARANAN SAIZ HIDANGAN MAKANAN MENGIKUT UMUR DARI 6 BULAN SEHINGGA 6 TAHUN

Umur	*Kekerapan Pengambilan Makanan Harian		Cara Penyediaan Makanan	***Jumlah pengambilan makanan sehari mengikut kumpulan umur				Susu dan Produk Tenusu
	Hidangan Utama	**Snek Berkhasiat		Soyuran	Buah-Buahan	# Bijiran, hasil bijiran & ubi-ubian	Ayam, daging, telur, ikan	
0-6 bulan	Penyusuan susu ibu sepenuhnya tanpa tambahan makanan atau minuman							
6-8 bulan	2-3 kali	1-2 kali	Puri/lecek/ separa pepejal	1 sudu teh sayuran bermasak	2 sudu teh pisang	1 ½ cawan bubur nasi	1 ½ sudu teh ayam dilecek 1 sudu teh daging dilecek 1 sudu teh ikan yang dicincang	Susu ibu
9-11 bulan	3-4 kali	1-2 kali	Cincang/ potong kecil	4 sudu teh sayuran bermasak	4 sudu teh pisang	2 cawan bubur pekat	1 ½ sudu teh ayam cincang 1 sudu teh daging cincang 1 sudu teh ikan yang dicarik 1/4 biji telur saiz sederhana	Susu ibu
1-2 tahun	3-4 kali	1-2 kali	Makanan keluarga	6 sudu teh sayuran bermasak	1 biji pisang berangan	2 cawan nasi	1 ½ sudu teh ayam dicarik 1 sudu teh daging cincang 1/4 ekor ikan saiz sederhana 2 sudu kecil ikan yang dicincang ATAU 1/4 biji telur saiz sederhana	Susu ibu
3 tahun	3-4 kali	1-2 kali	Makanan keluarga	8 sudu teh sayuran bermasak	1 biji pisang berangan	2 ½ cawan nasi	1 ½ sudu teh ayam potong dadu ATAU 1 sudu teh (8g) daging cincang 1/2 ekor ikan saiz sederhana 4 sudu kecil ikan yang dicincang ATAU 1/4 biji telur saiz sederhana	2 gelas susu penuh krim
4-6 tahun	3 kali	2 kali	Makanan keluarga	1 cawan sayuran bermasak	2 biji pisang berangan	2 ½ ke 3 cawan nasi	1 ketul ayam (25g) ATAU 1/2 ekor ikan saiz sederhana 1/4 biji telur saiz sederhana	2 gelas susu penuh krim

\*Saranan untuk kekerapan hidangan utama dan snek adalah berdasarkan saranan WHO #Nasi boleh ditukar dengan makanan lain dari kumpulan yang sama seperti mee, bihun,

\*\*Snek adalah makanan yang diberi antara waktu makan. Contoh snek berkhasiat

buah-buahan, kismis, kurma dan lain-lain

\*\*\*Jumlah saranan kumpulan makanan berdasarkan keperluan kepada maksimum setiap kumpulan umur

1 sudu teh = 5 ml

roti dan lain-lain

1 sudu teh = 5 ml





## KESELAMATAN DI RUMAH

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



Risiko untuk terjatuh dan luka



Keracunan



Terbakar/Melecur



Benda tajam



Cedera



Lemas



Tercekik



Digigit binatang



Kejutian Elektrik

**Untuk maklumat lanjut dan video mengenai keselamatan bayi dan kanak-kanak kecil, layari laman sesawang ini:**

- Langkah Pencegahan Kecederaan Kanak-kanak (<https://www.infosihat.gov.my/multimedia/poster/item/tanda-bahaya-pada-kanak-kanak-b-malaysia.html>)
- Panduan Keselamatan Jalan Raya (<https://www.infosihat.gov.my/multimedia/poster/item/tanda-bahaya-pada-kanak-kanak-3.html>)
- Panduan Pencegahan Kecederaan Kanak-Kanak (<https://www.infosihat.gov.my/multimedia/buku-kecil/item/pencegahan-kecederaan-kanak-kanak-2.html>)



### KESELAMATAN BAHAN PERMAINAN

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

**Rujukan:** Canadian Child Care Federation

## TANDA-TANDA BAHAYA PADA KANAK-KANAK

**TANDA - TANDA BAHAYA PADA KANAK - KANAK BERUMUR DI BAWAH 5 TAHUN**

**MENGALAMI DEMAM BERTERUSAN MELEBIHI TIGA HARI**

**MUNTAH BERTERUSAN**

**TIDAK BOLEH MENYUSU ATAU MINUM**

**AIR KENCING YANG SEDIKIT**

**BATUK DAN SUKAR BERNAFAS**

**LEMAH, LESU ATAU TIDAK SEDARKAN DIRI**

**MENGALAMI SAWAN**

**CIRIT BIRIT DENGAN NAJIS BERDARAH**

**AMARAN!**

SEKIRANYA TERDAPAT SALAH SATU TANDA-TANDA DI ATAS, BERJUMPALAH ANGGOTA KESIHATAN DENGAN SEGERA

Mejor daripada:-  
BAHAGIAN PEMBANGUNAN KESIHATAN KELUARGA  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
[www.mjhealth.gov.my](http://www.mjhealth.gov.my) • [www.infohst.gov.my](http://www.infohst.gov.my)

## KEMAHIRAN KEIBUBAAPAN

### GAYA KEIBUBAAPAN



Gaya/Kesan	Imej Diri	Emosi	Kemahiran Sosial	Akademi
Berwibawa (Authoritative)	Tinggi keyakinan diri Tegas	Pengawalan emosi yang baik	Mudah bergaul	Pencapaian yang cemerlang
Memanjakan (Permissive)	Berkeyakinan tinggi tetapi kurang bertanggungjawab	Suarakan kata hati	Kesukaran dalam interaksi sosial dan menjaga persahabatan	Kurang berminat ke sekolah
Kuku Besi (Authoritarian)	Kurang keyakinan diri Kurang berdikari	Masalah tingkah laku	Tidak bergaul Kemahiran sosial yang rendah	Pencapaian sederhana
Mengabaikan/ cuai (Neglecting)	Kurang keyakinan diri Benci diri sendiri/orang lain	Tidak berupaya mengawal emosi Menyembunyikan perasaan	Tidak empati terhadap orang lain Mengasingkan diri	Lemah

## KEMAHIRAN KOMUNIKASI BERKESAN



Meluangkan masa dan memupuk hubungan dengan anak



Mengajar dan memberi pujian



Menerapkan peraturan kepada anak-anak

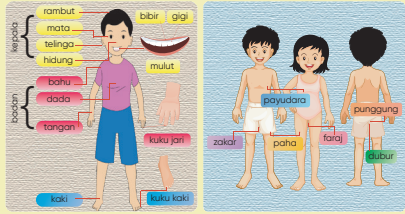


Tidak melayan kelakuan buruk

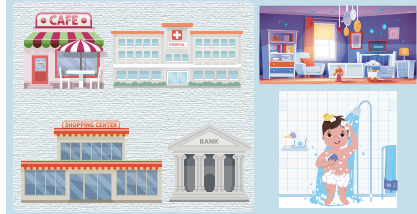
## PENDIDIKAN SEKSUALITI

### SULIT DAN AWAM

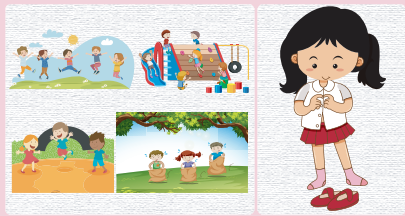
#### Membezakan bahagian badan yang sulit



#### Membezakan tempat sulit dan awam



#### Membezakan tingkahlaku sulit dan awam



#### Membezakan komunikasi sulit dan awam

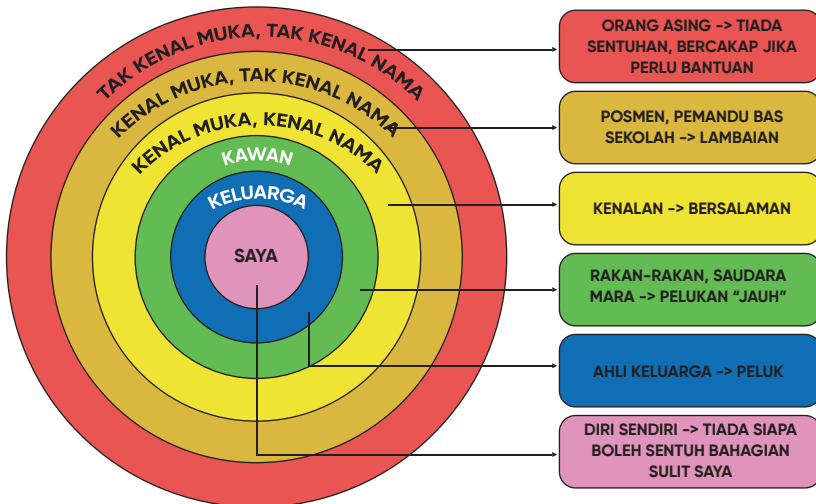
##### Komunikasi sulit

Dirahsiakan pada diri sendiri dan berkongsi dengan orang yang dipercayai

##### Komunikasi awam

Perbualan yang boleh dikongsi bersama orang lain

### BULATAN HUBUNGAN



**PERINGATAN:** Saya tidak akan membenarkan sesiapa menyentuh saya KECUALI saya mahu disentuh

## SENTUHAN BAIK/SELAMAT DAN TAK BAIK/TAK SELAMAT

### SENTUHAN BAIK/SELAMAT



Pelukan ibu dan anak



Berjabat tangan/salam



Dimandikan oleh orang yang dikenali dengan kebenaran

### SENTUHAN TAK BAIK/TAK SELAMAT



Menarik rambut (bermain kasar)



Menarik seluar (bermain kasar)



Pelukan oleh orang asing

## APA YANG KANAK-KANAK PERLU LAKUKAN SEKIRANYA DIGANGGU



- Katakan **'TAK NAK'** kepada sentuhan yang tidak diingini atau disenangi



- Jerit untuk mendapatkan bantuan dan segera berundur daripada orang yang mengganggu



- Beritahu orang dewasa yang boleh dipercayai secepat mungkin



- Lakukan bahasa isyarat atau memek muka untuk memberitahu orang dewasa

## SENARAI SEMAK/PANDUAN PEMILIHAN PENGASUH DI RUMAH

<p><b>PERSEKITARAN</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pemantauan anak</li> <li><input type="checkbox"/> Ruang aktiviti yang luas</li> <li><input type="checkbox"/> Bersih dan selamat</li> </ul>	<p><b>PERIBADI PENGASUH</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Berpenampilan bersih</li> <li><input type="checkbox"/> Mesra dan memberi kerjasama</li> <li><input type="checkbox"/> Ada "eye Contact" dan responsif</li> </ul>
<p><b>PENGALAMAN DAN KELAYAKAN PENGASUH</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Berpengalaman</li> <li><input type="checkbox"/> Rujukan peribadi</li> <li><input type="checkbox"/> Mengawal "screen time"</li> </ul>	<p><b>LATIHAN DAN KELAYAKAN</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Latihan dan kelayakan</li> <li><input type="checkbox"/> Merancang aktiviti anak</li> <li><input type="checkbox"/> Tahu talian kecemasan</li> </ul>
<p><b>KELUARGA/ AHLI ISI RUMAH TINGGAL BERSAMA</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bilangan ahli keluarga pengasuh yang tinggal bersama</li> <li><input type="checkbox"/> Mengenali ahli keluarga pengasuh</li> </ul>	<p><b>PERKHIDMATAN PENGASUH SEDIA ADA</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tidak menjaga melebihi 3 orang kanak-kanak termasuk anak sendiri</li> </ul>

SEKIRANYA TERDAPAT SEBARANG KERAGUAN SILA HUBUNGI : 15999

<https://www.kpwkm.gov.my>
f kpwkm
@kpwkm
@kpwkm

Pemerhatian selepas menghantar anak untuk tanda penderaan emosi, fizikal atau seksual:

<p><b>RESPON ANAK</b> ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adakah anak suka bersama pengasuh? ✓</li> <li><input type="checkbox"/> Adakah anak enggan ke rumah pengasuh? ✗</li> <li><input type="checkbox"/> Lihat adakah perubahan pada tingkahlaku anak? ✗</li> </ul>	<p><b>RESPON PENGASUH</b> ✗</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adakah pengasuh selalu mengadu tentang anak sering menangis atau susah untuk dijaga?</li> </ul>
<p><b>TANDA PENDERAAN</b> ✗</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perhatikan anak anda setiap hari untuk sebarang tanda penderaan fizikal, emosi atau seksual</li> <li><input type="checkbox"/> Perhatikan sekiranya ada sebarang lebam yang mungkin merupakan tanda-tanda penderaan</li> </ul>	







## RAWATAN POSTNATAL

AKTIVITI	PENEMUAN		
Tarikh			
Umur semasa lawatan			
Berat badan (kg). Panjang (cm), Lilitan kepala (cm)			
Suhu (Suhu normal ketiak 36.5 - 37.0 °C)			
Tindakbalas (Aktif/Tidak Aktif)			
Keadaan kulit (warna, hidrasi)			
Penilaian penyusuan			
Buang air kecil			
Buang air besar			
Sistem kardiovaskular (Kadar denyutan jantung normal: 120-160/min)			
Sistem Pernafasan (kadar pernafasan normal: 40-60/min)			
Pemeriksaan fizikal lain: kepala, leher, mata, mulut, telinga, abdomen, sistem tulang			
Alat kelamin			
Sistem neurologi ( <i>reflex</i> dan <i>muscle tone</i> )			
Bimbingan awal ibu bapa			
Catatan			
Tandatangan & Nama			



AKTIVITI	PENEMUAN		
Tarikh			
Umur semasa lawatan			
Berat badan (kg). Panjang (cm), Lilitan kepala (cm)			
Suhu (Suhu normal ketiak 36.5 - 37.0 °C)			
Tindakbalas (Aktif/Tidak Aktif)			
Keadaan kulit (warna, hidrasi)			
Penilaian penyusuan			
Buang air kecil			
Buang air besar			
Sistem kardiovaskular (Kadar denyutan jantung normal: 120-160/min)			
Sistem Pernafasan (kadar pernafasan normal: 40-60/min)			
Pemeriksaan fizikal lain: kepala, leher, mata, mulut, telinga, abdomen, sistem tulang			
Alat kelamin			
Sistem neurologi ( <i>reflex</i> dan <i>muscle tone</i> )			
Bimbingan awal ibu bapa			
Catatan			
Tandatangan & Nama			



AKTIVITI	PENEMUAN		
Tarikh			
Umur semasa lawatan			
Berat badan (kg). Panjang (cm), Lilitan kepala (cm)			
Suhu (Suhu normal ketiak 36.5 - 37.0 °C)			
Tindakbalas (Aktif/Tidak Aktif)			
Keadaan kulit (warna, hidrasi)			
Penilaian penyusuan			
Buang air kecil			
Buang air besar			
Sistem kardiovaskular (Kadar denyutan jantung normal: 120-160/min)			
Sistem Pernafasan (kadar pernafasan normal: 40-60/min)			
Pemeriksaan fizikal lain: kepala, leher, mata, mulut, telinga, abdomen, sistem tulang			
Alat kelamin			
Sistem neurologi ( <i>reflex</i> dan <i>muscle tone</i> )			
Bimbingan awal ibu bapa			
Catatan			
Tandatangan & Nama			



## PEMERIKSAAN BAYI DAN KANAK-KANAK

### PEMERIKSAAN 1 BULAN DAN 2 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA SEBELUM PEMERIKSAAN)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 1 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Tarikh lawatan:

Umur semasa lawatan:

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Tindakbalas (Aktif/Tidak Aktif)		
Pemeriksaan Fizikal		
Penilaian Penyusuan		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga .....	Tandatangan dan cop jururawat .....
Bimbingan awal diberikan (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)		
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	
Rujuk pegawai perubatan untuk pemeriksaan rutin	Tarikh:	

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

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga:

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

**Nota:** Anggota Kesihatan perlu mendapatkan keputusan G6PD dan TSH/T4 (jika ada) dan catatkan keputusan di rekod saringan bayi baru lahir.

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:



## PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN PADA UMUR 1 BULAN

Tarikh lawatan:

Suhu badan:

Kadar respiratori:

Kadar denyutan jantung:

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Normal</b>	<b>Luar biasa</b>	<b>Catatan</b>
<i>General Condition</i>			
<i>Ears</i>			
<i>Eyes (including red reflex)</i>			
<i>Chest</i>			
<i>Respiration</i>			
<i>Heart</i>			
<i>Abdomen</i>			
<i>Spine</i>			
<i>Anus</i>			
<i>Genitalia</i>			
<i>Hips (incl femoral pulse)</i>			
<i>Hands</i>			
<i>Feet</i>			
<i>Moro reflex</i>			

Catatan:

.....

.....

.....

.....

Nama dan Tandatangan Pegawai Perubatan:

Tarikh:



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 2 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Tarikh lawatan:

Umur semasa lawatan:

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Tindakbalas (Aktif/Tidak Aktif)		
Pemeriksaan Fizikal		
Penilaian Penyusuan		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga .....	Tandatangan dan cop jururawat .....
Bimbingan awal diberikan (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga)		
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	

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

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga:

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



**Bimbingan awal** (rujuk Panduan Ibubapa/Penjaga):



Sekiranya bayi menangis berterusan, tenangkan bayi. Dapatkan bantuan keluarga, kawan atau pegawai perubatan.



Jangan merokok di hadapan anak, di dalam rumah atau kenderaan.



Bermain dengan anak (*'tummy time'*).



Bersihkan mulut bayi dengan kain lembut yang bersih selepas menyusu. Jangan biarkan bayi tidur dengan botol susu di dalam mulut.



Jika bayi demam berpanjangan selepas mendapat imunisasi, sila dapatkan nasihat dari anggota kesihatan.



Berikan urutan kepada bayi.



Menyanyi atau bercakap dengan anak.



Rujuk panduan ibubapa/penjaga dalam memilih pengasuh di rumah atau pusat asuhan. Pastikan pusat asuhan:

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



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 3 BULAN DAN 4 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 3 BULAN DAN 4 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh lawatan:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Tindakbalas (Aktif/Tidak Aktif)		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk warna bayi)		
Penilaian Penyusuan		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi) *Parut BCG		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga .....	Tandatangan dan cop jururawat .....
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	

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

Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga:

.....

.....

.....



### Senarai Semak Perkembangan Umur 3 Bulan

(sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

Jika ada jawapan '**TIDAK**':

- Rujuk \*Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji : .....

Tempat rujukan : .....

Tujuan rujukan : .....

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

**Bimbingan Awal** (Rujuk Panduan Ibubapa/ Penjaga):



Luangkan masa bermain dan berbual dengan anak



Gunakan kerusi keselamatan kanak-kanak yang sesuai

Dilakukan oleh:

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 BULAN DAN 6 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 BULAN DAN 6 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh lawatan:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk warna bayi)		
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga .....	Tandatangan dan cop jururawat .....
Rujuk Pemeriksaan Pergigian		
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		

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



### Senarai Semak Perkembangan Umur 6 Bulan

(sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

Jika ada jawapan '**TIDAK**':

- Rujuk \*Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji : .....

Tempat rujukan : .....

Tujuan rujukan : .....

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

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

#### Kebersihan Diri



- Penggunaan puting tiruan adalah tidak digalakkan. Jika penggunaan puting tiruan tidak dapat dielakkan, pastikan puting tidak disalut madu/manisan.
- Bersihkan bahagian dalam mulut bayi dengan kain basah sekurang-kurangnya dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Ibu mestilah membasuh tangan selepas menukar lampin.

#### Pemakanan



- Makanan pelengkap HANYA diperkenalkan semasa bayi berumur 6 bulan.
- Galakkan anak anda minum dari cawan mulai dari umur 6 bulan kerana penggunaan botol susu yang berterusan akan meninggikan risiko kejadian kerosakan gigi.

#### Pergigian



- Pertumbuhan gigi susu pertama dijangka akan berlaku. Gigi susu penting untuk panduan gigi kekal tumbuh. Dapatkan pemeriksaan gigi sebaik sahaja gigi tumbuh.
- Anak mungkin mengalami ketidakselesaan (air liur meleleh/suka gigit benda keras/demam). Berikan anak sesuatu yang bersih dan selamat untuk digigit.
- Hentikan tabiat menghisap jari/puting tiruan bagi mengelakkan masalah susun atur pergigian.

#### Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan



- Aktiviti bayi anda perlu diawasi setiap masa.
- Jangan guna 'baby walker' kerana ia boleh menyebabkan kecederaan dalam dan luaran yang teruk
- Jangan beri bayi anda kacang atau alat permainan yang kecil yang boleh menyebabkan tercekik. Pilih alat permainan yang selamat dan sesuai untuk bayi anda.





**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 9 BULAN DAN 10 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 9 BULAN DAN 10 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh lawatan:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk warna bayi)		
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga .....	Tandatangan dan cop jururawat .....
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		

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



### Senarai semak perkembangan Umur 9 Bulan

(sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

Jika ada jawapan 'TIDAK':

- Rujuk \*Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji : .....

Tempat rujukan : .....

Tujuan rujukan : .....

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

**Bimbingan Awal:** Tandakan (✓) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibu bapa/Penjaga)



#### Pemakanan

- Perkenalkan makanan jejeri kepada anak.



#### Pergigian

- Dapatkan pemeriksaan gigi sekiranya belum diperiksa.
- Berus gigi dan gusi anak menggunakan berus gigi yang lembut.



#### Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan

- Jangan guna 'baby walker' kerana ia boleh menyebabkan kecederaan dalam dan luaran yang teruk.
- Jangan beri bayi anda kacang atau alat permainan yang kecil yang boleh menyebabkan tercekik.



#### Perkembangan

- Kerap membaca bahan bacaan bergambar kepada anak.
- Sering berbual dengan anak.
- Tiada 'screen time' untuk anak.



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 12 BULAN DAN 15 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 12 BULAN DAN 15 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh lawatan:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME) <small>*Kanak-kanak berumur &lt;2 tahun tapi diukur berdiri perlu tambah 0.7cm)</small>		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk warna bayi)		
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga	Tandatangan dan cop jururawat
Rujuk Pemeriksaan Pergigian <small>*Sekiranya belum diperiksa</small>		
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		

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



### Senarai Semak Perkembangan Umur 12 Bulan

(sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

Jika ada jawapan 'TIDAK':

- Rujuk \*Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik





Tarikh temujanji : .....

Tempat rujukan : .....

Tujuan rujukan : .....

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

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

	<p><b>Kebersihan diri &amp; Pergigian</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuci tangan sebelum makan dan selepas ke tandas</li> <li>• Memberus gigi sekurang-kurangnya dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.</li> <li>• Boleh guna secalit ubat gigi berfluorida bagi anak yang sudah pandai meludah.</li> <li>• Biasakan periksa gigi anak dengan mengangkat bibir.</li> <li>• Pastikan anak mendapat pemeriksaan gigi di klinik sebaiknya dua kali setahun.</li> </ul>
	<p><b>Pemakanan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Galakkan penyusuan susu ibu sehingga bayi berumur 2 tahun.</li> <li>• Perkenalkan makanan keluarga kepada anak secara berunsur-unsur.</li> </ul>
	<p><b>Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jangan tinggalkan bayi anda di tempat takungan air (contoh: baldi, besen, bilik air dan lain-lain) tanpa pengawasan kerana ia boleh menyebabkan lemas.</li> <li>• Jangan biarkan bayi anda bermain beg plastik kerana boleh mengakibatkan lemas.</li> <li>• Semua ubatan dan racun (contoh: minyak tanah/ agen peluntur) perlu disimpan di tempat yang selamat dan tidak dapat diambil atau disimpan di dalam bekas yang tidak boleh dibuka oleh kanak-kanak.</li> <li>• Jangan beri anak anda kacang dan bahagian permainan yang kecil kerana boleh menyebabkan tercekik.</li> <li>• Gunakan tempat duduk anak (<i>Baby Car Seat</i>) di dalam kereta semasa memandu.</li> </ul>
	<p><b>Perkembangan anak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerap berbual, membaca dan bercerita dengan anak untuk meningkatkan perkembangan bahasa.</li> <li>• Tiada "screen time" (TV, telefon pintar, tablet).</li> <li>• Pastikan anak mendapat tidur yang cukup.</li> </ul>



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## GAYA HIDUP SIHAT KANAK-KANAK 0 -12 BULAN



### Mulakan makanan pelengkap pada umur 6 bulan

- Kenalpasti tanda-tanda anak bersedia menerima makanan pelengkap
- Teruskan penyusuan susu ibu setelah memulakan makanan pelengkap



### Beri anak minum dalam cawan bermula pada umur 6 bulan

- Sasarkan untuk berhenti menggunakan botol susu pada umur 12 bulan



### Tiada 'screen time'

- Tidak boleh bermain dengan telefon/tablet atau menonton TV
- Kerap membaca, menyanyi dan bercerita



### Bayi hanya memerlukan susu ibu pada umur 6 bulan pertama

- Sekiranya tidak dapat menyusu, gunakan susu formula yang bersesuaian



### Berikan anak makanan berkhasiat yang pelbagai warna dan tekstur

- Makanan yang disediakan oleh ibu adalah yang terbaik
- Jangan tambah gula, madu dan garam ke dalam makanan anak



### Galakkan 'tummy time'

- 0-8 bulan: mulakan untuk selama 1 minit dan ditingkatkan perlahan-lahan sehingga 30 minit
- 8-12 bulan: Galakkan anak-anak bermain, berguling dan merangkak



### Waktu tidur dan rehat anak adalah penting

- Jumlah waktu tidur termasuk waktu nap
  - 0-3 bulan: 14 - 17 jam
  - 4 - 11 bulan: 12 - 16 jam
- Elakkan menyusukan anak untuk tidur, cuba dodoikan anak

## PEMERIKSAAN PADA UMUR 18 BULAN DAN 21 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 18 BULAN DAN 21 BULAN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh lawatan:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg) (Normal/KBB/KBBT/MP)		
Panjang (cm) (Normal/B/BT/ME)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (S/ST/RLBB/LBB)		
Lilitan Kepala (cm)		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk warna bayi)		
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Penerangan tentang vaksin dan penjagaan selepas imunisasi	Tandatangan ibubapa/ penjaga  .....	Tandatangan dan cop jururawat  .....
Rujuk Pemeriksaan Pergigian		
Rujuk Pegawai Perubatan	Tarikh:	Tarikh:
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		

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



### Senarai Semak Perkembangan Umur 18 Bulan

(sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

Jika ada jawapan 'TIDAK':

- Rujuk \*Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji : .....

Tempat rujukan : .....

Tujuan rujukan : .....

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver
- Lakukan stimulasi awal

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

#### Kebersihan diri & Pergigian



•Cuci tangan sebelum makan dan selepas ke tandas

•Memberus gigi sekurang-kurangnya dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.



•Boleh guna secalit ubat gigi berfluorida bagi anak yang sudah pandai meludah.

•Biasakan periksa gigi anak dengan mengangkat bibir.

•Pastikan anak mendapat pemeriksaan gigi di klinik sebaiknya dua kali setahun.



#### Pemakanan

•Berikan anak anda pelbagai jenis makanan untuk sumber tenaga.

•Beri makanan kepada anak sedikit-sedikit dan kerap.

#### Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan



•Jangan tinggalkan bayi anda di tempat takungan air (contoh: baldi, besen, bilik air dan lain-lain) tanpa pengawasan kerana ia boleh menyebabkan lemas.

•Jangan biarkan bayi anda bermain beg plastik kerana boleh mengakibatkan lemas.

•Semua ubatan dan racun (contoh: minyak tanah/agen peluntur) perlu disimpan di tempat yang selamat dan tidak dapat diambil atau disimpan di dalam bekas yang tidak boleh dibuka oleh kanak-kanak.

•Jangan beri anak anda kacang dan bahagian permainan yang kecil kerana boleh menyebabkan tercekik.

•Gunakan kerusi keselamatan kanak-kanak (*Baby Car Seat*) semasa di dalam kereta.

#### Perkembangan anak



•Beri anak permainan yang mengalakkan imaginasi dan kreativiti.

•Bantu anak dalam mengenal dan mengawal emosi.

•Tiada "screen time" (TV, telefon pintar, tablet).

•Pastikan anak mendapat tidur yang cukup.



## PEMERIKSAAN PEGAWAI PERUBATAN PADA UMUR 18 BULAN

Perkara yang perlu diambil perhatian:

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

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

Rujukan FMS/Pakar Pediatrik :  Ya  Tidak

Sebab Dirujuk : .....

Tempat rujukan: ..... Tarikh temujanji: .....

Dilakukan oleh (Pegawai perubatan):

Tandatangan:

Nama & Cop:

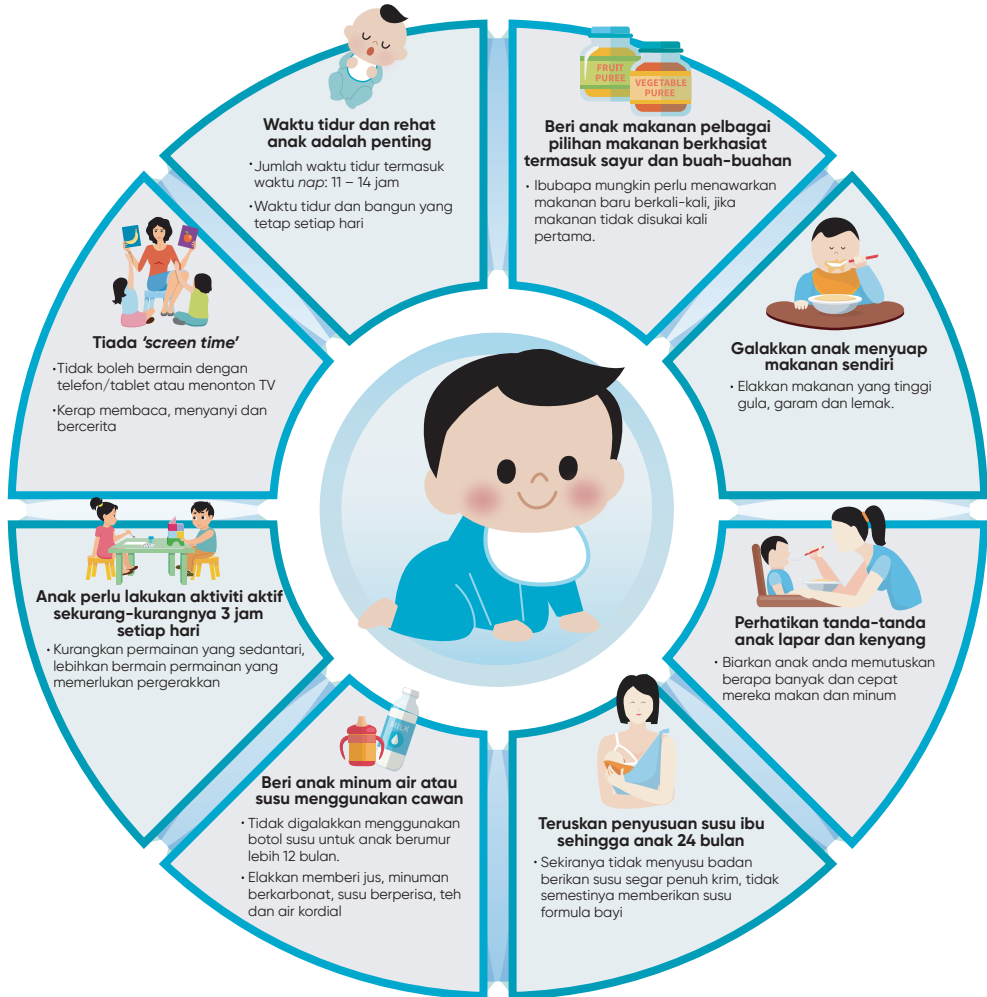
Tarikh:



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## GAYA HIDUP SIHAT KANAK-KANAK 12-24 BULAN





## PEMERIKSAAN PADA UMUR 2 TAHUN, 2 TAHUN 6 BULAN, 3 TAHUN DAN 3 TAHUN 6 BULAN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



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

Aktiviti	Penemuan			
Tarikh lawatan:				
Umur semasa lawatan				
Berat (kg)				
Tinggi/panjang (cm) <small>*Kanak-kanak berumur &lt;2 tahun tapi diukur berdiri perlu tambah 0.7cm</small>				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )				
Lilitan Kepala (cm)				
Pemeriksaan Fizikal (termasuk mulut) Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)				
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga				
Bimbingan awal				
Lulus Ujian M-Chat (rujuk Carta M-CHAT dalam pemeriksaan umur 18 bulan)				
Imunisasi (Rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)				
Rujuk Pemeriksaan Pergigian *Sekiranya belum diperiksa				
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)			
Catatan				
Tandatangan & Nama				



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



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

\*Sila rujuk garis panduan penggunaan M-CHAT di dalam buku Garis Panduan Penggunaan Buku Rekod Kesihatan Bayi dan Kanak-Kanak (0-6 Tahun).

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

1. Enam soalan yang digelapkan adalah soalan kritikal (soalan 2, 7, 9, 13, 14 dan 15).
2. Kanak-kanak memerlukan penilaian lanjut oleh pegawai perubatan sekiranya ada jawapan yang tidak sama dengan jawapan yang terdapat di dalam buku Garis Panduan Penggunaan Buku Rekod Kesihatan Bayi dan Kanak-Kanak (0-6 Tahun):
  - i. Dua atau lebih soalan kritikal ATAU
  - ii. Tiga atau lebih mana-mana soalan

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



Bil.	Soalan	Umur 18 bulan	Umur 2 tahun	Umur 3 tahun
6.	Adakah anak anda pernah menunjuk/ menggunakan jari telunjuk untuk meminta sesuatu? <i>Does your child ever use his/her finger to point to ask for something?</i>			
7.	Adakah anak anda pernah menunjuk menggunakan jari telunjuk terhadap sesuatu yang menarik minatnya? <i>Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something?</i>			
8.	Bolehkah anak anda bermain dengan alat permainan yang kecil dengan betul, selain dari memasukkannya ke dalam mulut, membelek-belek atau menjatuhkan permainan itu? (contohnya kiub, kereta kecil, dll) <i>Can your child play properly with small toys without just mounthing, tiddling or dropping them?</i>			
9.	Pernahkah anak anda membawa objek/benda dan menunjukkannya kepada anda? <i>Does your child ever bring objects over to you (parent) to show you something?</i>			
10.	Adakah anak anda bertentang mata dengan anda lebih daripada dua saat? <i>Does your child look you in the eye for more than a second or two?</i>			
11.	Pernahkah anak anda kelihatan seperti tersangat sensitif/terganggu terhadap bunyi bising? (contohnya: menutup telinga) <i>Does your child ever seem oversensitive to noise? (e.g. plugging ears)</i>			
12.	Adakah anak anda senyum bila melihat anda atau membalas senyuman anda? <i>Does your child smile in response to your face or your smile?</i>			
13.	Adakah anak anda meniru perlakuan anda (contohnya meniru mimik muka anda dan sebagainya)? <i>Does your child imitate you? (e.g. if you make a face will your child imitate it?)</i>			

Bil.	Soalan	Umur 18 bulan	Umur 2 tahun	Umur 3 tahun
14.	Adakah anak anda bertindak balas apabila namanya dipanggil? <i>Does your child respond to his/her name when you call?</i>			
15.	Sekiranya anda menunjuk pada alat permainan yang jauh dari anda, adakah anak anda akan melihat kepada alat permainan tersebut? <i>If you point at a toy across the room, does your child look at it?</i>			
16.	Bolehkah anak anda berjalan? <i>Does your child walk?</i>			
17.	Adakah anak anda akan melihat pada benda yang sedang anda lihat? <i>Does your child look at things you are looking at?</i>			
18.	Adakah anak anda membuat pergerakan jari yang ganjil/pelik dekat mukanya? <i>Does your child make unusual finger movements near his/her face?</i>			
19.	Adakah anak anda cuba menarik perhatian anda terhadap aktiviti yang dilakukannya? <i>Does your child try to attract your attention to his/her own activity?</i>			
20.	Pernahkah anda terfikir bahawa anak anda ada masalah pendengaran? <i>Have you ever wondered if your child is deaf?</i>			
21.	Adakah anak anda dapat memahami percakapan orang? <i>Does your child understand what people say?</i>			
22.	Adakah anak anda kadang-kala kelihatan termenung atau merayau/berjalan tanpa tujuan? <i>Does your child sometimes stare at nothing or wander with no purpose?</i>			
23.	Adakah anak anda memandang ke muka anda untuk melihat reaksi/tindakbalas anda apabila ia menghadapi sesuatu yang baru atau tidak biasa? <i>Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar?</i>			

## PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN, 5 TAHUN & 6 TAHUN

(DIISI OLEH IBUBAPA/PENJAGA)

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

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



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	Catatan
Tarikh lawatan:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg)		
Tinggi (cm)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk mulut) Sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis		
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga		
Pemeriksaan mata	Tarikh:	Rujuk mukasurat 62
Rujuk Pegawai Perubatan	Tarikh:	
Rujuk Pegawai Pergigian	Tarikh:	
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	

### Senarai Semak Perkembangan

(sila semak terlebih dahulu apa yang ibubapa/penjaga tulis): Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

Jika ada jawapan '**TIDAK**':

- Rujuk \*Pegawai Perubatan/FMS/Pakar Pediatrik

Tarikh temujanji : .....

Tempat rujukan : .....

Tujuan rujukan : .....

- Jalankan penilaian perkembangan mengguna Carta Denver

- Lakukan stimulasi awal





**Bimbingan Awal:** Tandakan ( ✓ ) selepas nasihat diberi. (Rujuk Panduan Ibu bapa/ Penjaga)

#### **Kebersihan diri & Pergigian**



- Berus gigi dengan ubat gigi berfluorida bersaiz sebesar sebiji kacang pis dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Dapatkan pemeriksaan gigi setiap 6 bulan.
- Hentikan tabiat menghisap jari/puting tiruan bagi mengelakkan masalah susun atur pergigian.

#### **Pemakanan**



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

#### **Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan**



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

#### **Perkembangan anak**



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

Tandatangan:

Nama & Cop:

Tarikh:



## PEMERIKSAAN MATA PADA UMUR 4 TAHUN

Tarikh Ujian Dijalankan: .....

Umur: .....

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

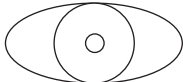
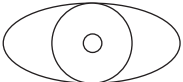
PEMERHATIAN BAHAGIAN LUAR MATA	Ya	Tidak
Bengkak di sekeliling mata		
Mata berair		
Mata bertahi		
Mata kuyu		
Ketumbuhan pada mata putih		
Warna iris mata kanan dan kiri tidak sama		
Pupil tidak berbentuk bulat		
Pupil berwarna putih*		
Lain-lain (sila nyatakan):		

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

**Bahagian B**

UJIAN AKUITI VISUAL		
	MATA KANAN	MATA KIRI
Tanpa cermin mata		
Dengan cermin mata		
Dengan cermin mata & <i>pin hole</i>		

**Bahagian C**

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

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

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

Nama & Tandatangan Pemeriksa:



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 4 TAHUN OLEH PEGAWAI PERUBATAN

(sila rujuk GUIDE TO ASSESSMENT OF 4 YEAR OLDS IN HEALTH CLINICS)

Perkara yang perlu diambil perhatian:

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

**Pemeriksaan Am:** Tanda (✓) di ruangan berkenaan

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

Rujukan FMS/Pakar Pediatrik :  Ya  Tidak

Sebab Dirujuk : .....

Tempat rujukan: ..... Tarikh temujanji: .....

Nama & Cop Pegawai perubatan:

Tandatangan:

Tarikh:



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## PEMERIKSAAN PADA UMUR 5 DAN 6 TAHUN

(DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN)

Aktiviti	Penemuan	
Tarikh:		
Umur semasa lawatan		
Berat (kg)		
Tinggi (cm)		
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		
Pemeriksaan Fizikal (termasuk mulut) (sila semak apa yang ibubapa/penjaga tulis)		
Perkara yang membimbangkan ibubapa/penjaga		
Bimbingan awal diberikan		
Imunisasi (rujuk Jadual dan Rekod Imunisasi)		
Tarikh Temujanji	Sila bawa bayi anda untuk imunisasi seterusnya. Beri tarikh temujanji dan tujuan lawatan (Rujuk : Jadual Temujanji)	
Catatan		
Tandatangan & Nama		



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

**Kebersihan diri & Pergigian**



- Berus gigi dengan ubat gigi berfluorida bersaiz sebesar sebiji kacang pis dua kali sehari terutamanya sebelum tidur malam.
- Dapatkan pemeriksaan gigi setiap 6 bulan.
- Hentikan tabiat menghisap jari/puting tiruan bagi mengelakkan masalah susun atur pergigian.

**Pemakanan**



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

**Keselamatan dan Pencegahan Kecederaan**



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

**Perkembangan anak**



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

Tandatangan:

Nama & Cop:

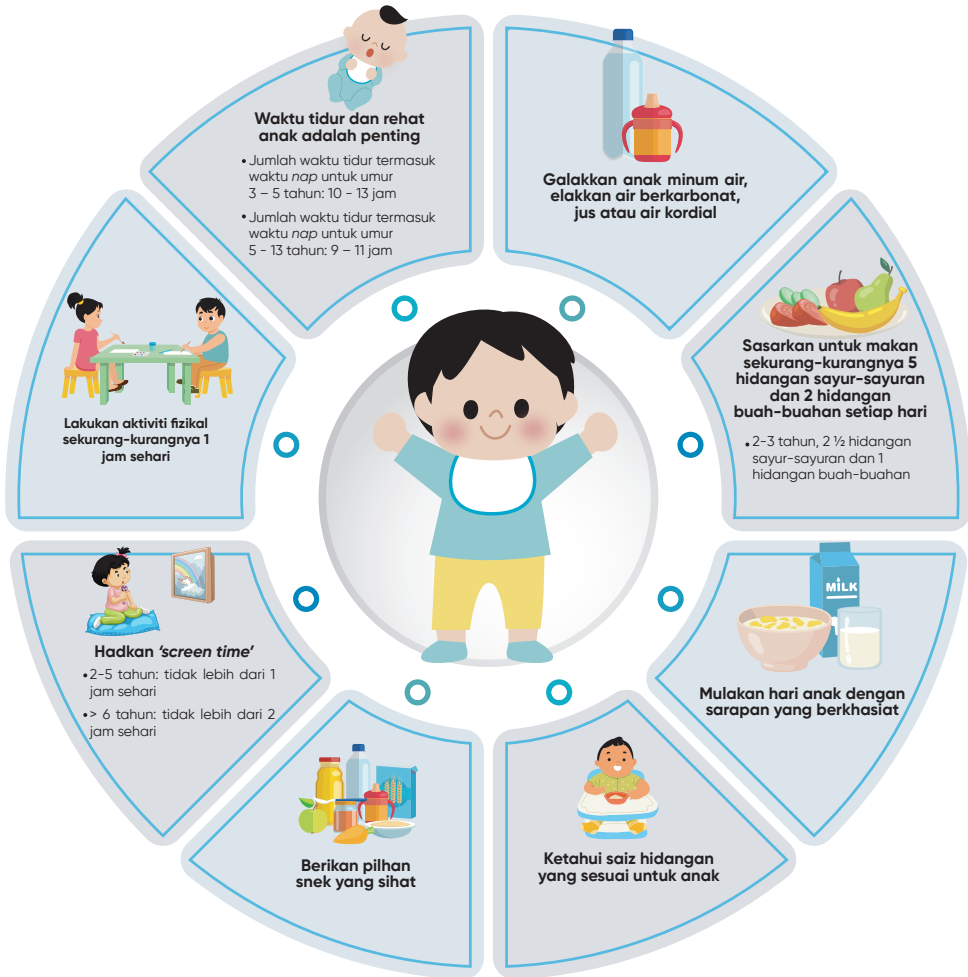
Tarikh:



**Catatan** (Sila gunakan lampiran sekiranya perlu)



## GAYA HIDUP SIHAT KANAK-KANAK 2 - 6 TAHUN

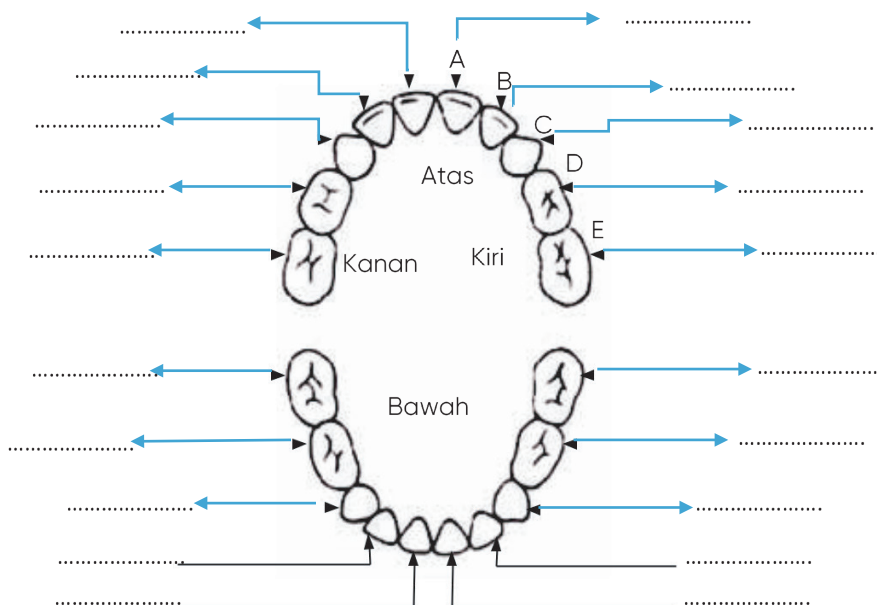




## REKOD KESIHATAN PERGIGIAN ANAK

### PERTUMBUHAN GIGI SI COMEL ANDA

\* Ibubapa/penjaga sila isi **TARIKH** pertumbuhan gigi si Comel anda diruang yang disediakan.



### JADUAL PERTUMBUHAN GIGI

GIGI SUSU	ANGGARAN UMUR PERTUMBUHAN GIGI ATAS	ANGGARAN UMUR PERTUMBUHAN GIGI BAWAH
A – Insisor (Kacip) Pertama	8 – 12 bulan	6 – 10 bulan
B – Insisor (Kacip) Kedua	9 – 13 bulan	10 – 16 bulan
C – Kanin (Taring)	16 – 22 bulan	17 – 23 bulan
D – Geraham Pertama	13 – 19 bulan	14 – 18 bulan
E – Geraham Kedua	25 – 33 bulan	23 – 31 bulan



**PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 6 - 12 BULAN**

Tarikh : ..... Umur semasa lawatan : ..... bulan

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

**STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 6-12 BULAN**

TARIKH	"CARIES RISK ASSESSMENT" Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan	PENEMUAN	STATUS					CATATAN
			d	m	f	x	dmfx	
	<input type="checkbox"/> Low Risk <input type="checkbox"/> Moderate Risk <input type="checkbox"/> High Risk							

.....  
Tandatangan Pegawai/Juruterapi Pergigian

Cop Nama:

Tarikh:

**REKOD RAWATAN TAMBAHAN**

TARIKH	NOTA KLINIKAL	TANDATANGAN DAN COP NAMA



## PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 18 BULAN

Tarikh : ..... Umur semasa lawatan : ..... bulan

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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



**PEMERIKSAAN PERGIGIAN PADA UMUR 18 BULAN**

Bil	Pemeriksaan	Penemuan
1.	Bilangan gigi yang ada	
2.	Kebersihan Mulut (*potong mana yang tidak berkenaan)	* Baik/Memuaskan/Tidak Memuaskan
3.	Penemuan lain yang dikesan • <i>Ulcer</i> • <i>White Spot</i> • <i>Abscess</i>	
4.	Kecederaan • Trauma • Gigi Patah	
5.	Catatan:	

**STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 18 BULAN**

TARIKH	"CARIES RISK ASSESSMENT" Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan	PENEMUAN	STATUS					CATATAN
			d	m	f	x	dmfx	
	<input type="checkbox"/> Low Risk <input type="checkbox"/> Moderate Risk <input type="checkbox"/> High Risk							

.....  
Tandatangan Pegawai/Juruterapi Pergigian

Cop Nama:

Tarikh:

**REKOD RAWATAN TAMBAHAN**

TARIKH	NOTA KLINIKAL	TANDATANGAN DAN COP NAMA



### PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 36 BULAN

Tarikh : ..... Umur semasa lawatan : ..... bulan

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

### PEMERIKSAAN PERGIGIAN PADA UMUR 36 BULAN

Bil	Pemeriksaan	Penemuan
1.	Bilangan gigi yang ada	
2.	Kebersihan Mulut (*potong mana yang tidak berkenaan)	* Baik/Memuaskan/Tidak Memuaskan
3.	Penemuan lain yang dikesan • <i>Ulcer</i> • <i>White Spot</i> • <i>Abscess</i>	
4.	Kecederaan • Trauma • Gigi Patah	
5.	Catatan:	



**STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 36 BULAN**

TARIKH	"CARIES RISK ASSESSMENT" Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan	PENEMUAN	STATUS					CATATAN
			d	m	f	x	dmfx	
	<input type="checkbox"/> Low Risk <input type="checkbox"/> Moderate Risk <input type="checkbox"/> High Risk							

.....  
Tandatangan Pegawai/Juruterapi Pergigian

Cop Nama:

Tarikh:

**REKOD RAWATAN TAMBAHAN**

TARIKH	NOTA KLINIKAL	TANDATANGAN DAN COP NAMA



### PENILAIAN PERGIGIAN PADA UMUR 4 TAHUN

Tarikh : ..... Umur semasa lawatan : ..... bulan

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan

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

### Pemeriksaan Pergigian pada Umur 4 Tahun

Bil	Pemeriksaan	Penemuan
1.	Bilangan gigi yang ada	
2.	Kebersihan Mulut (*potong mana yang tidak berkenaan)	* Baik/Memuaskan/Tidak Memuaskan
3.	Penemuan lain yang dikesan • <i>Ulcer</i> • <i>White Spot</i> • <i>Abscess</i>	
4.	Kecederaan • Trauma • Gigi Patah	
5.	Catatan:	



### STATUS "CARIES RISK ASSESSMENT" PADA UMUR 4 TAHUN

TARIKH	"CARIES RISK ASSESSMENT" Tandakan (✓) pada petak yang berkenaan	PENEMUAN	STATUS					CATATAN
			d	m	f	x	dmfx	
	<input type="checkbox"/> Low Risk <input type="checkbox"/> Moderate Risk <input type="checkbox"/> High Risk							

.....  
Tandatangan Pegawai/Juruterapi Pergigian

Cop Nama:

Tarikh:

### REKOD RAWATAN TAMBAHAN

TARIKH	NOTA KLINIKAL	TANDATANGAN DAN COP NAMA







### REKOD SAPUAN FLUORIDA

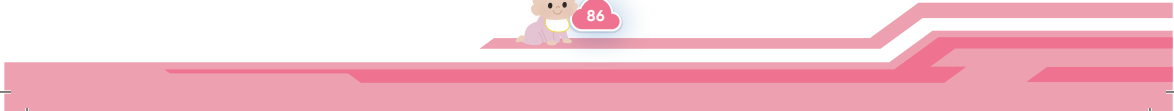
SAPUAN PERTAMA	SAPUAN KEDUA	SAPUAN KETIGA	SAPUAN KEEMPAT
Tarikh:	Tarikh:	Tarikh:	Tarikh:
Status karies (dmfx):	Status karies (dmfx):	Status karies (dmfx):	Status karies (dmfx):
Catatan:	Catatan:	Catatan:	Catatan:
Tandatangan & Cop Nama:	Tandatangan & Cop Nama:	Tandatangan & Cop Nama:	Tandatangan & Cop Nama:
Tarikh temujanji akan datang:	Tarikh temujanji akan datang:	Tarikh temujanji akan datang:	

**NOTA:**

1. Sapuan fluorida yang lengkap adalah sebanyak 4 kali dalam tempoh 2 tahun (Setiap 6 bulan).
2. Selepas sapuan fluorida, tidak digalakkan untuk makan dan minum dalam tempoh 1 jam.
3. Selepas sapuan fluorida juga, tidak digalakkan memberus gigi dalam tempoh 24 jam.
4. Sekiranya berpindah, sila dapatkan khidmat nasihat dari Klinik Pergigian berhampiran dengan tempat tinggal yang baru.
5. Sekiranya tidak dapat hadir pada tarikh temujanji, sila hubungi:

Nama Pegawai / Juruterapi Pergigian : .....

No Telefon : .....



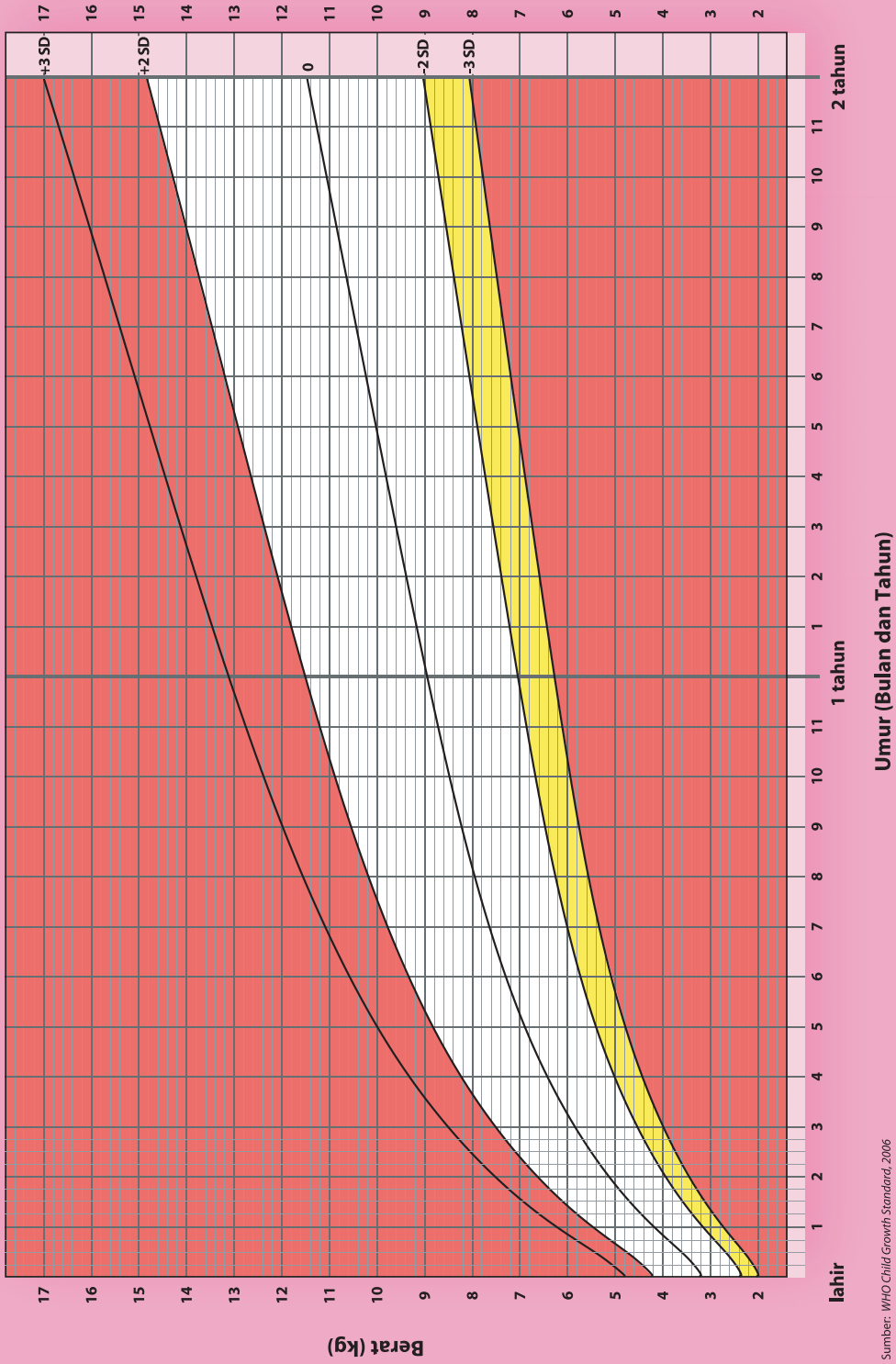
# **CARTA PERTUMBUHAN**

# Berat-untuk-umur (Perempuan)

Lahir hingga 2 tahun (z-skor)

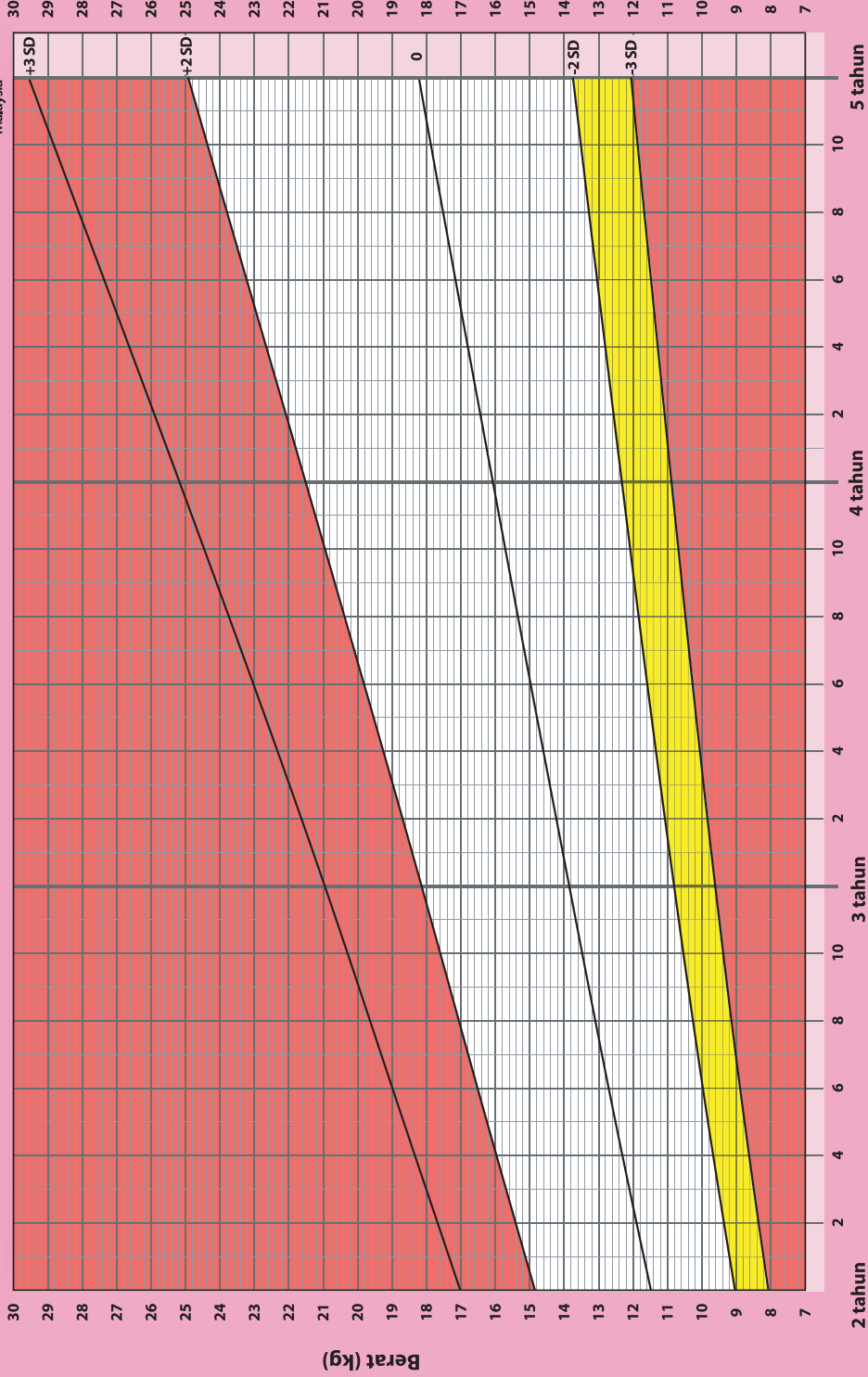


Kementerian Kesihatan  
Malaysia



# Berat-untuk-umur (Perempuan)

## 2 hingga 5 tahun (z-skor)

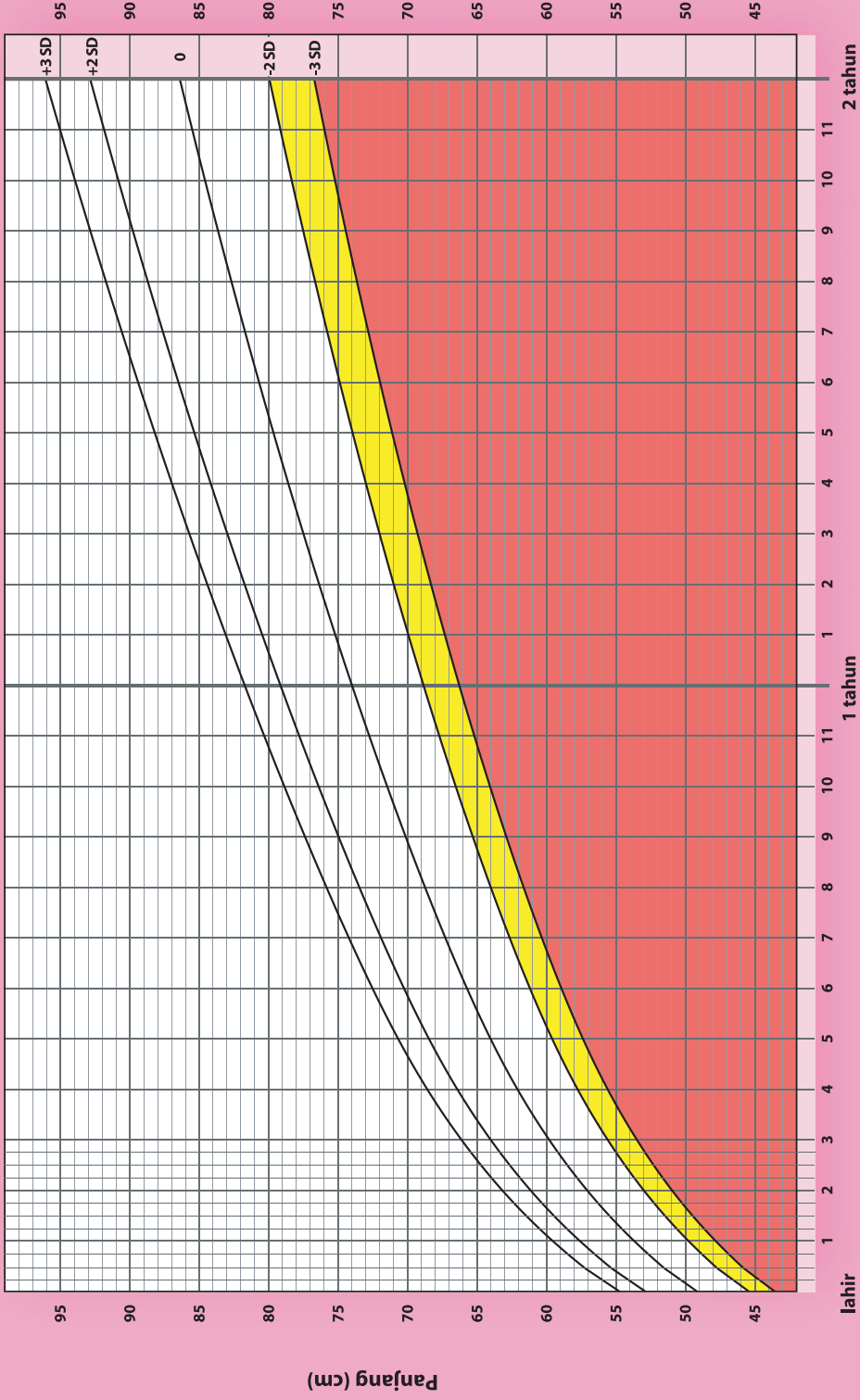


# Panjang-untuk-umur (Perempuan)

## Lahir hingga 2 tahun (z-skor)

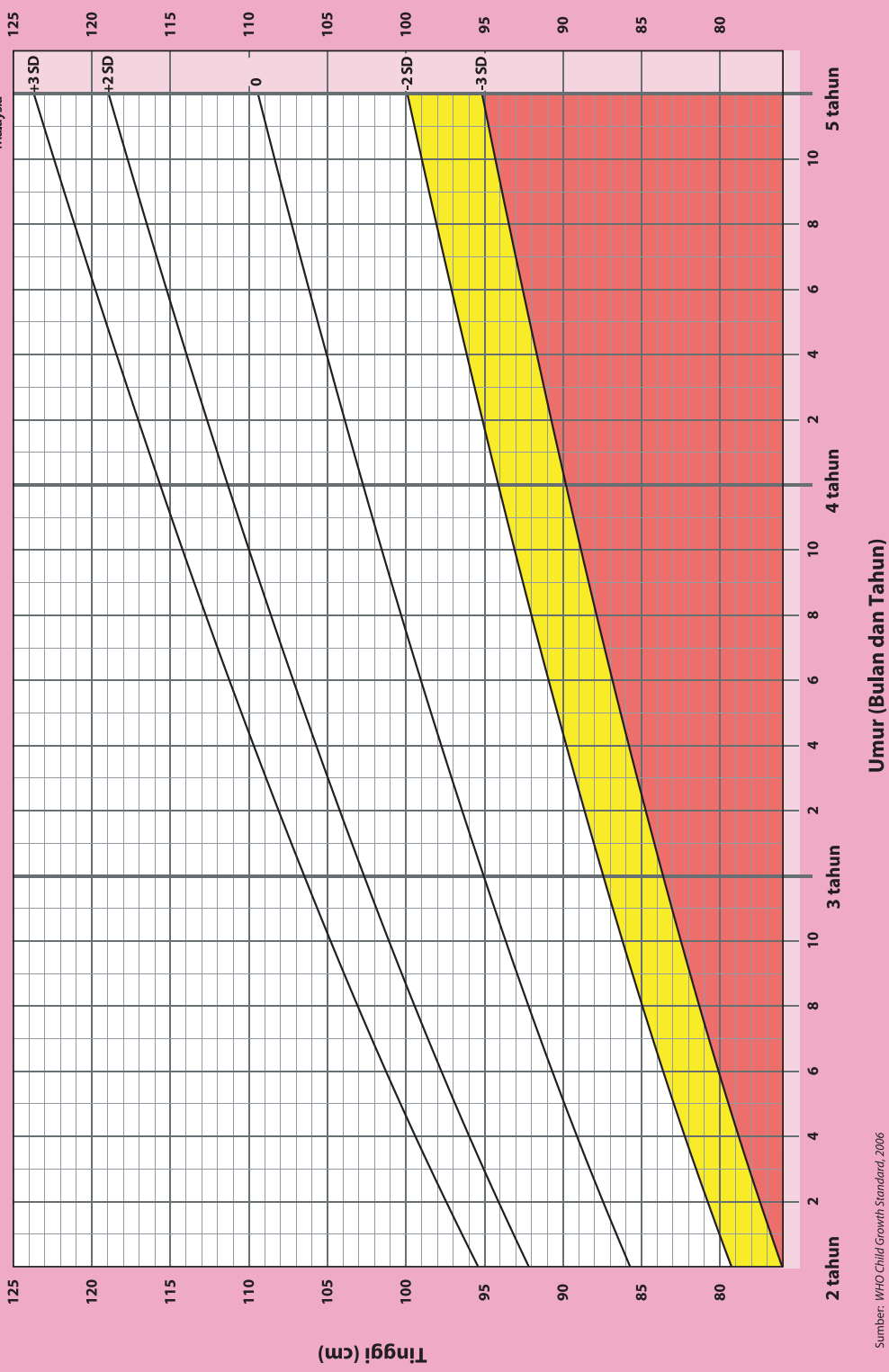


Kementerian Kesihatan  
Malaysia



# Tinggi-untuk-umur (Perempuan)

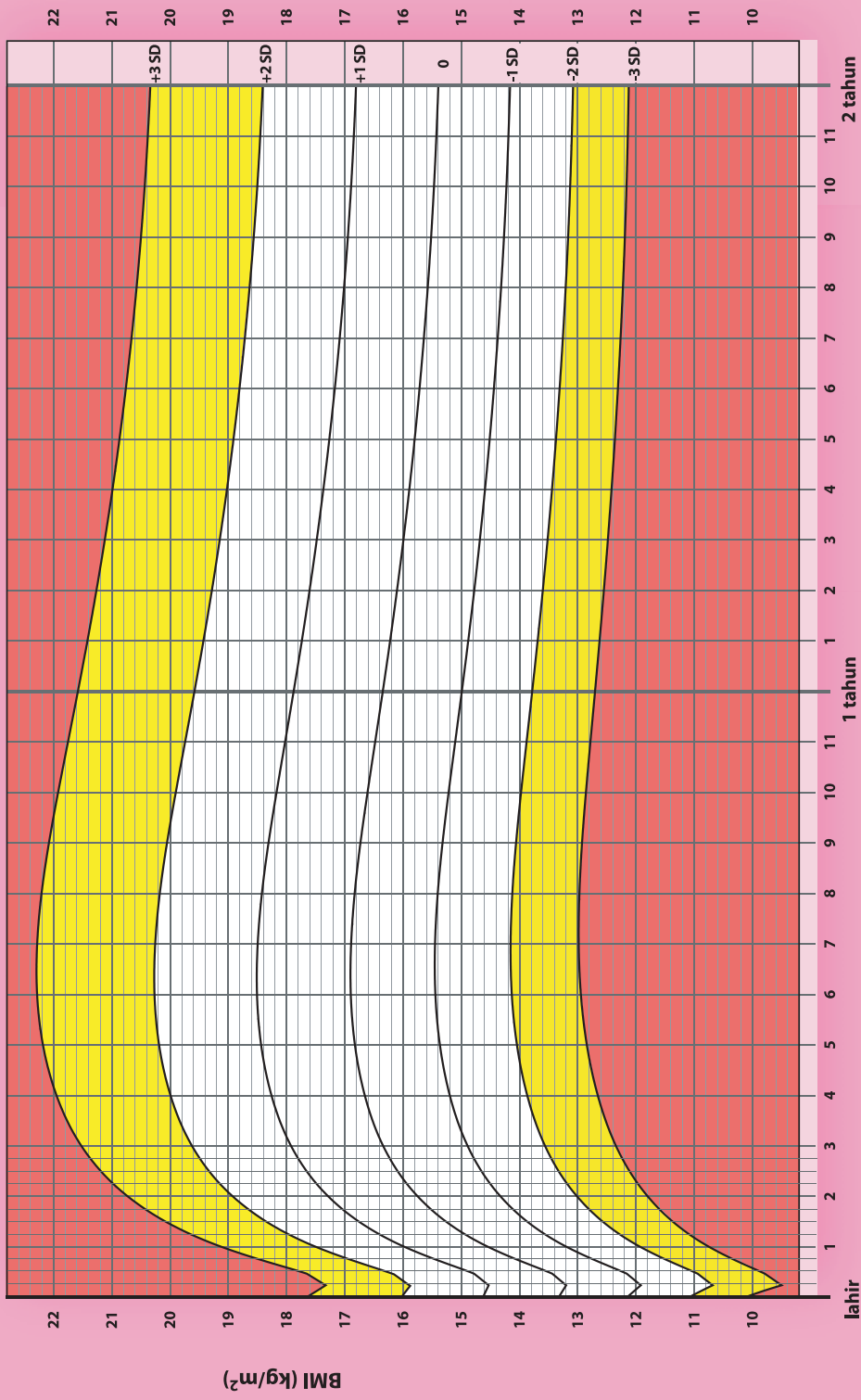
## 2 hingga 5 tahun (z-skor)



Sumber: WHO Child Growth Standard, 2006

# BMI-untuk-umur (Perempuan)

Lahir hingga 2 tahun (z-skor)



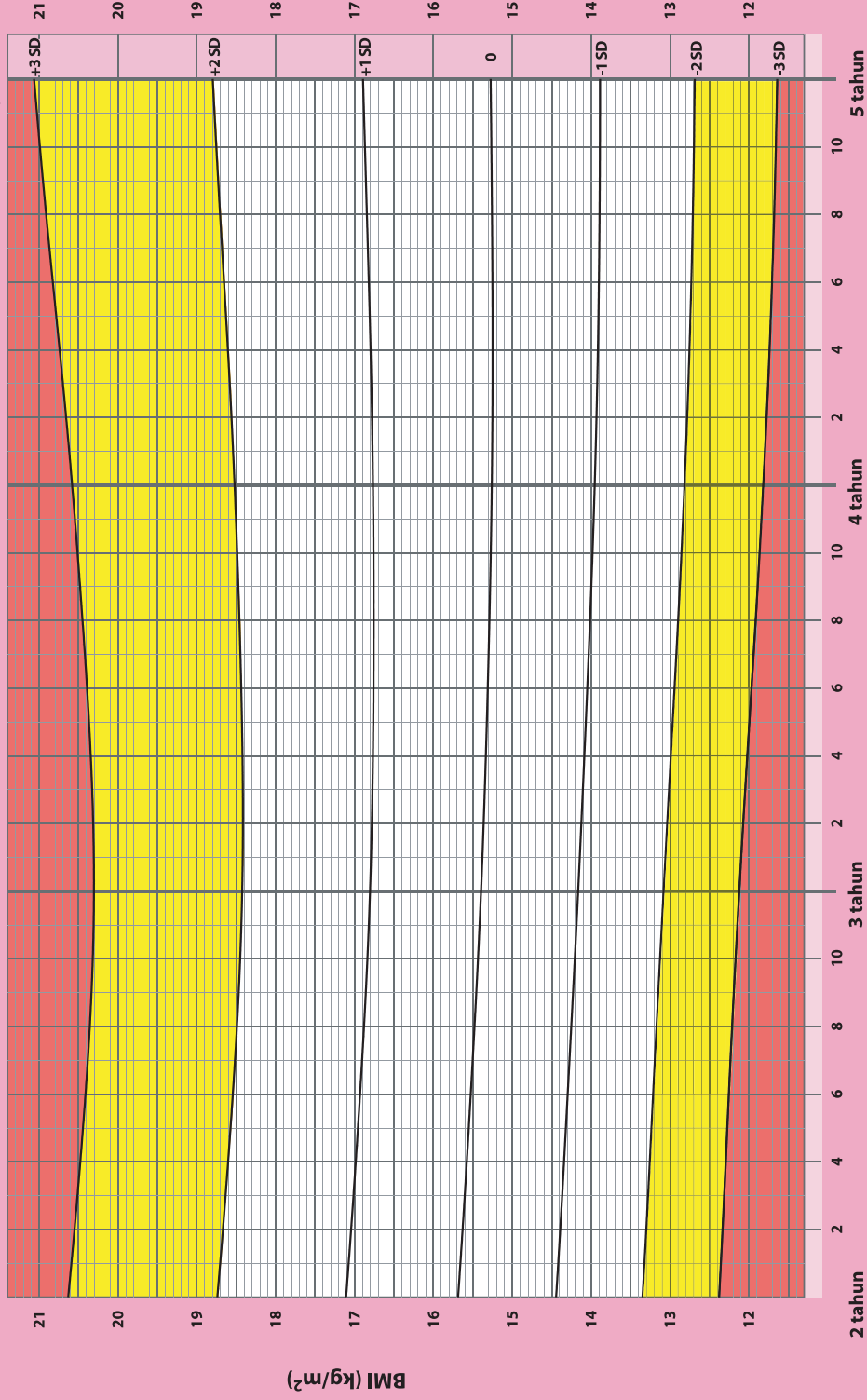


# BMI-untuk-umur (Perempuan)

2 hingga 5 tahun (z-skor)



Kementerian Kesihatan  
Malaysia

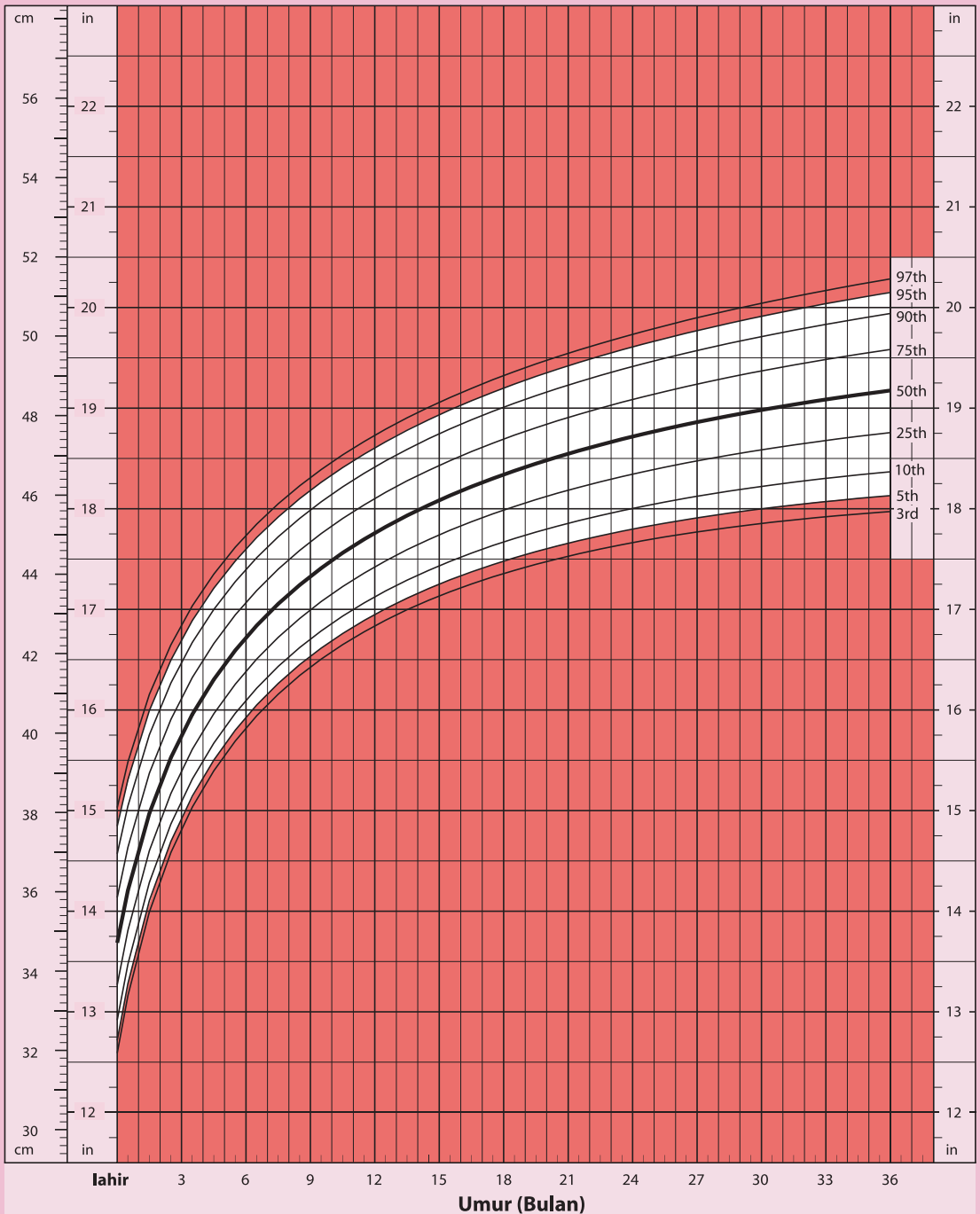


Umur (Bulan dan Tahun)

# Lilitan Kepala-untuk-umur : Perempuan Lahir hingga 36 bulan (percentiles)



Kementerian Kesihatan  
Malaysia





**SENARAI KEMUDAHAN KESIHATAN YANG TERDEKAT:**

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



**NOTA:**

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

**999**

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

**15999**



Diterbitkan oleh:  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga

<https://fh.moh.gov.my/>