



# Best for a healthy future BEGINNINGS

• برنامج تابع للصحة العامة •

## التسجيل لبرنامج أفضل البدايات سهل! Registration for Best Beginnings is Easy!

كيف يمكنني التسجيل في برنامج أفضل البدايات؟

1 قومي فقط بزيارة موقع برنامج أفضل البدايات في دائرة صحة فريزر وعلى العنوان التالي: [fraserhealth.ca/pregnancy](http://fraserhealth.ca/pregnancy) وقومي بتعبئة وإرسال نموذج التسجيل السهل الإستخدام.

أو

2 قومي بتعبئة نموذج التسجيل الورقي هذا وأعيديه إلى وحدة الصحة المحلية أو عيادة مستشفى الولادة (برجاء مطالعة معلومات الإتصال بهذه الوحدات في ظهر هذه الورقة).

## ماذا سيحدث بعد أن أقوم بالتسجيل؟

### What happens after I register?

- المعلومات التي تقدمينها في نموذج التسجيل ستصبح جزءاً من ملفك الصحي السري.
- سنقوم بمرضة الصحة العامة بمراجعة نموذج التسجيل الذي قمت بتعبئته.
- ستستلمين عن طريق البريد رزمة من المعلومات الهامة.
- ستتلقي بعض النسوة مكالمات هاتفية من ممرضة الصحة العامة لعمل شبكة تواصل بينهم وبين الموارد والخدمات الهامة.

إذا كانت لديك أية أسئلة أو إستفسارات، برجاء الإتصال بوحدة الصحة العامة المحلية (انظر إلى أرقام الهواتف في ظهر هذه الورقة) أو يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني التالي:

[fraserhealth.ca/pregnancy](http://fraserhealth.ca/pregnancy)



## التسجيل سهل!

عليك فقط إعادة نموذج التسجيل الذي تم تعبئته عن طريق الإنترنت أو قومي بأخذه إلى وحدة الصحة العامة المحلية أو عيادة مستشفى الولادة أو إرساله بالبريد أو الفاكس.

### وحدات الصحة العامة المحلية

**ميشين:**  
1st Floor 7298 Hurd Street  
604.814.5500

**نيو ويستمنستر:**  
#218 610 Sixth St  
604.777.6740

**سري - كلوفرديل:**  
#205 17700 56 Ave  
604.575.5100

**سري - جيلدفورد:**  
10233 153 St  
604.587.4750

**سري - نيوتن:**  
#200 7337 137 St  
604.592.2000

**سري - نورث:**  
10362 King George Blvd  
604.587.7900

**تراي سيتيز:**  
#200 205 Newport Dr  
604.949.7200

**وايت روك/ساوث سري:**  
15476 Vine Ave  
604.542.4000

**أبوتسفورد:**  
#104 34194 Marshall Rd  
604.864.3400

**أجاسيس:**  
7243 Pioneer Ave  
604.793.7160

**برنابي:**  
#300 4946 Canada Way  
604.918.7605

**تشيليوك:**  
45470 Menholm Rd  
604.702.4900

**نورث دلتا:**  
11245 84 Ave  
604.507.5400

**ساوث دلتا:**  
#1826 4949 Canoe Pass Way  
604.952.3550

**هوب:**  
444 Park St  
604.860.7630

**لانجلي:**  
20389 Fraser Hwy  
604.539.2900

**ميدل ريدج:**  
#400 22470 Dewdney Trunk Rd  
604.476.7000



شكراً جزيلاً لتسجيلك مع دائرة صحة فريزر - برنامج أفضل البدايات.

Thank you for registering for the Fraser Health – Best Beginnings Program.

ستقوم معرضة الصحة العامة بمراجعة المعلومات التي تقدمتها لتصبح هذه المعلومات جزءاً من ملفك الشخصي السري. ستلقى بعض النسوة مكالمة هاتفية من معرضة الصحة العامة لعرض تفاصيل ينهضون وبنين موارد وخدمات دعم هامة. ستستلم جميع النساء رزمة معلومات عن الحمل.

نموذج تسجيل قبل الولادة  
 (برجاء الكتابة)

PRENATAL REGISTRATION FORM (Please Print)

اسمك ومعلومات الاتصال بك (برجاء كتابة الأجابة بوضوح - شكراً)					
تاريخ اليوم / الشهر / السنة	رقم بطاقة الرعاية الصحية (كبر كارد)				
اللقب	الاسم الشخصي				
العنوان	المدينة				
أرقام الهواتف	العمل:				
ما هو أفضل رقم هاتف يمكننا الاتصال بك من خلاله؟	الخليوي <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> الخليوي <input type="checkbox"/>				
إن لم يكن لديك هاتف، كيف يمكننا الاتصال بك؟	<input type="checkbox"/> المسكن <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/>				
ما هو أفضل وقت للاتصال بك هاتفياً؟ <input type="checkbox"/> أي وقت كان <input type="checkbox"/> الصباح <input type="checkbox"/> بعد الظهر <input type="checkbox"/> أنا غير موجودة خلال فترة النهار					
<b>فريق الرعاية الصحية خاصتك</b>					
اسم الطبيب أو القابلة	المدينة				
اسم المستشفى الذي تتوقعين ولادة طفلك فيه					
قبل الولادة، في أي شهر من الحمل كنت عندما قمت بأول زيارة للطبيب أو القابلة؟	1 - 3 أشهر <input type="checkbox"/>				
هل تحضرين أو تخططين لحضور حصص تربية قبل الولادة؟	نعم <input type="checkbox"/>				
هل تحضرين أية برامج توعية الحوامل أو برامج الدعم المدرجة في أدناه؟	كلا <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> برامج بوبز (POPs)	مركز كلا-هاوايا للسكان الأصليين <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> أفضل البدايات	أطفال رضع صحيين قدر الإمكان <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> أخرى (اسم البرنامج)	مركز ماكسين وايت لصحة المجتمع <input type="checkbox"/>				
<b>معلومات عنك</b>					
تاريخ ميلادك اليوم / الشهر / السنة	عمرك				
ما هو التاريخ المتوقع لولادة طفلك؟ اليوم / الشهر / السنة	عدد أسابيع الحمل في الوقت الحاضر؟ _____ أسبوع				
عند ولادة هذا الطفل، هل هذه هي المرة الأولى التي تصبحين أما فيها؟	كلا <input type="checkbox"/>				
كم هي العدة التي سكتت فيها في كندا؟	أقل من 5 سنوات <input type="checkbox"/>				
هل جئت إلى كندا كلاجئة؟	كلا <input type="checkbox"/>				
هل تحتاجين إلى مترجم للتحدث مع الممرضة؟	كلا <input type="checkbox"/>				
إذا كنت بحاجة إلى مترجم، ماهي اللغة التي تتحدثين بها؟	البنجابية <input type="checkbox"/> الماندرينية <input type="checkbox"/> الكاتونية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> الكورية <input type="checkbox"/> التالوج (القبليبية) <input type="checkbox"/>				
هل تعتبرين نفسك من السكان الأصليين (الابوريجال)؟	كلا <input type="checkbox"/>				
هل أكملت الدراسة الثانوية؟	نعم <input type="checkbox"/>				
هل تعرفين شخصاً يمكنك التحدث إليه عندما تكونين حزينة أو قلقة أو عندما ترغبين فقط في التحدث؟	كلا <input type="checkbox"/>				
هل تعرفين شخصاً يمكنه مساعدتك في الانتقال أو في الأمور المتعلقة بالسكن أو رعاية الأطفال أو أية احتياجات شخصية أخرى؟	نعم <input type="checkbox"/>				
هل تجدتين صعوبة في العيش بالراتب الإجمالي الذي تحصل عليه أسبوعياً؟	نعم <input type="checkbox"/>				
هل تستلمين راتب الإعانة المالية (على سبيل المثال، راتب المعوقين، الإعانة المالية، تأمين البطالة) أو مساعدة الرسوم الصحية في بريتش كولومبيا؟	كلا <input type="checkbox"/>				
خلال الشهر الماضي، هل شعرت بالإحباط أو الكآبة أو اليأس؟	نعم <input type="checkbox"/>				
خلال الشهر الماضي، هل شعرت بقلّة الإهتمام أو عدم الرغبة في القيام بالأعمال؟	كلا <input type="checkbox"/>				
برجاء وضع علامة على واحدة من الخيارات التالية المتعلقة بالتدخين	لم أذخن السجائر في حياتي <input type="checkbox"/>				
كم عدد المرات التي يدخن فيه الأشخاص حولك؟	تذكت التدخين قبل أقل من سنة <input type="checkbox"/>				
هل ستقومين بتقديم الرضاعة الطبيعية لطفلك الرضيع؟	يوميّاً <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> شهريّاً <input type="checkbox"/> ولا مرة <input type="checkbox"/>				
	كلا <input type="checkbox"/> لم أقرر بعد <input type="checkbox"/>				
<b>PUBLIC HEALTH NURSE COMPLETES SECTION BELOW</b>					
<b>Health Unit (where client resides)</b>					
<input type="checkbox"/> Abbotsford	<input type="checkbox"/> Chilliwack	<input type="checkbox"/> Hope	<input type="checkbox"/> Mission	<input type="checkbox"/> North Delta	<input type="checkbox"/> TriCities
<input type="checkbox"/> Agassiz	<input type="checkbox"/> Cloverdale	<input type="checkbox"/> Langley	<input type="checkbox"/> New West	<input type="checkbox"/> North Surrey	<input type="checkbox"/> South Delta
<input type="checkbox"/> Burnaby	<input type="checkbox"/> Guildford	<input type="checkbox"/> Maple Ridge	<input type="checkbox"/> Newton	<input type="checkbox"/> TriCities: Port Coquitlam	<input type="checkbox"/> White Rock
PHN Name	PHN Signature	Date: year/month/day	BB		