

# لرعايتك الصحية

## أنت والجنين

### الزيارة الأولى

#### لطبيب النساء والولادة

#### Arabic translation of *Protecting you and your baby. Your first antenatal visit.*

#### تحليل شامل للدم / مستوى الهيموغلوبين

إنّ الغرضَ الرئيسي من إجراء فحص الدم هو التأكد من عدم وجود أنيمي ( فقر دم). فقر الدم يجعلك متعبتة وأقل قدرة على التحمل عند الوضع. إذا كان عندك فقر دم فيمكن معالجته بشكل سهل وبسلامة.

#### فصيلة الدم

هذا الفحص يُطلعك على فصيلة دمك. لأهميته إذا أُتجت لعملية نقل دم. ويُبين أيضا ما إذا كان دمك سلبي أو موجب.

- يوجد حوالي واحد من كل ست أمهات ذو فصيلة سلبية وسيحتاجن لحقنة مضادة دي إذا كان هناك إحتمال لإسقاط الجنين، أو بسبب جرح في بطنهم خلال فترة الحمل.
- هؤلاء الأمهات ذو فصيلة سلبية سيحتاجن أيضا لمضاد دي بعد الولادة إذا كان الرضيع ذو فصيلة موجبة؛ هذا العلاج يرعى رضيعهم القادم ويحميه من فقر الدم واليرقان.

#### روبيلا

هذا الفحص يتأكد من مناعتك ضد فيروس ( الحصبة ألمانية ). أكثر الشمالية ذو مناعة، لكن إذا لم تتحصن ضد هذا البالغين في أيرلندا المرض باستعمال المصل المحصن يجب عليك أن تتجنبين التعرض له، وتقادي المصابين بالروبيلا.

إذا تم الإتصال مع أحد المصابين بالفيروس عليك إذن بمراجعة طبيبك فوراً. ستظهر فحوصات الدم ما إذا كنت قد أصبت بالعدوى أم لا.

هذه النشرة الإعلانية تُطلعك عن فحوصات الدم المَعْمُول بها عادة في الزيارة الأولى.

تجراء هذه الفحوصات للتأكد من عدم وجود أي مشاكل صحية محتملة والتي يُمكن أن تُؤثّر على حملك إذا لم تُلاحظ وتُعالج. فقط عينة واحدة من الدم مطلوبة لعمل كل الفحوصات الستة.

إذا كان لديكم أي أسئلة حول هذه الفحوصات رجاءً استشارة أحد الأطباء أو القابلات في العيادة الولادية.

هذه الفحوصات ونتائجها تحيطها السرية التامة. عادة ما يقوم المختصون برعايتك بتقديم نتائج تلك الفحوصات في زيارتك القادمة. وإلا فلا حرج من الإستفسار والسؤال عنها.

إذا ظهرت بوادر أي مشكلة من خلال الفحوصات فسيقوم الطبيب بتقديم النصيحة ومناقشة الترتيبات الخاصة بالرعاية الصحية وإتخاذ الخطوات اللازمة للعلاج والمتابعة. أيا كانت تلك الخطوات اللازمة للعلاج ستكون في الدرجة الأولى لرعايتك الصحية أنت والجنين. سيصف لك العقاقير الأمنة بالنسبة لهذه المرحلة.

قبل أخذ عينة من الدم، لا بدأ من مؤافتك على إجراء هذه الفحوصات. بإمكانك رفض الموافقة على إجراء أي منهم. على أية حال، من المهم أن تعلمي، بأن هذه الفحوصات روتينية، وهي في الدرجة الأولى لرعايتك الصحية أنت والجنين، ونحن ننصحك بالموافقة عليها.

- إن إصابة الحامل بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الأولى من الحمل تؤدي في كثير من الحالات إلى تشوه الجنين.
- إذا أصيبت بالروبيلا خلال الأشهر الأولى من الحمل فسيقوم طبيبك بمناقشة الأمر معك.
- إذا لم تتحصن ضد الحصبة الألمانية عليك باستعمال المصل المحصن بعد الولادة، لحمايتك في حالات الحمل المستقبلية.

### مرض الزهري

- يتم فحص الدم لمعرفة مرض الزهري، وهو مرض تناسلي معد ( إس تي آي ) وهو غير منتشر في أيرلندا الشمالية.
- من المحتمل أن تكون مصابة بمرض الزهري بدون علمك.
- مرض الزهري له تأثيرات خطيرة وضارة على الجنين، كالإسقاط أو موته، إذا لم يُعالج خلال فترة الحمل.
- إذا كانت نتيجة الفحص إيجابية، يمكن معالجتك بسهولة وفعالية بالمضادات الحيوية ، والتي لن تؤدي الرضيع.

### إلتهاب الكبد بي

- إجراء اختبار التهاب الكبد (بي) لمعرفة ما إذا كنت مصابة به أم لا، وهو فيروس يُمكن أن يُسبب مرض الكبد.
- إذا كنت حاملاً للفيروس أو مصابة بالمرض خلال فترة الحمل يمكنك نقل العدوى إلى الجنين.
- لا بدأ من إعطاء اللقاح لطفلك بعد الولادة مباشرة لحمايتهم من الإصابة بهذا المرض ولإكسابهم مناعة تستمر معهم لمدة طويلة.
- ستقدم لك أيضاً مزيد من الإرشادات والمتابعة.
- التهاب الكبد بي غير منتشر في أيرلندا الشمالية، ولكنه منتشر بكثرة خارج أوروبا، خصوصاً في آسيا الجنوب شرقية والشرق الأقصى.
- الأشخاص الذين عاشوا في هذه المناطق من المحتمل حملهم للمرض، ويمكن الإصابة به في أي مرحلة من مراحل العمر، بما في ذلك أثناء الولادة. وتتم العدوى عن طريق المعاشرة الجنسية واستخدام إبر لتعاطي المخدرات.

### إتش آي في

- إجراء هذا اختبار لمعرفة الفيروس الذي يهاجم خلايا الجهاز المناعي للجسم ويسبب الإيدز .
- إذا كنت مصابة ب إتش آي في يُمكنك نقل العدوى إلى رضيعك خلال فترة الحمل، أو عند الوضع أو بعد الولادة عن طريق الرضاعة الطبيعية.
- إذا كنت إتش آي في موجب أي حامله للإيدز، يُمكنك أخذ العلاج والعناية لك ولرضيعك، بواسطة عقاقير خاصة، تقلل من خطر انتقال العدوى لطفلك.
- هذه المعالجة تُساعد في رعاية صحتك، وأيضاً رعاية صحة رضيعك.
- من المحتمل التخطيط لإجراء عملية قيصرية لك، وسيطلب منك عدم استخدام الرضاعة الطبيعية.

### العوامل الخطيرة لإكتساب إتش آي في وإلتهاب كبد بي

- يتعرض العديد من الناس لخطر عدوى إتش آي في والالتهاب الكبدي الفيروسي بي بدون علمهم.

يتضاعف خطر الإصابة ب إتش آي في أو عدوى إتهاب الكبد بي إذا كنت أنت أو شريك حياتك:

- مصاب وتمارس المعاشرة الجنسية بدون استخدام العازل الطبي؛
- عاشرت جنسياً أكثر من شريك واحد؛
- ممارسة الشذوذ الجنسي أي اللواط أو السحاق؛
- ضحية لإغتصاب؛
- تستعمل الإبر (الحقن) في تعاطي المخدرات؛
- ممارسة الجنس مع أحد في البلدان الشائعة فيها إتش آي في أو إتهاب كبد بي أكثر من المملكة المتحدة أو أيرلندا؛
- إجراء غسيل كلوي أو تتلقى نقل دم أو مشتقاته في بعض البلدان ذات النسبة العالية لإتش آي في أو إتهاب الكبد بي؛
- مريض بالناعور أو الهيموفيليا وتاخذ العلاج من قبل عام 1986.

إذا كنت مهتمة بشأن أيًا من هذه المخاطر رجاءً مناقشتها مع طبيبك أو القابلة. اللذان بإمكانهم تقديم النصيحة لك بالنسبة لأجراء التحاليل اللازمة بالإضافة إلى الفحوصات الأخرى الروتينية.

في الحقيقة قبولك لإختبارات إلتهاب الكبد بي وإتش آي في كجزء من عنايتك ورعايتك الصحية لن يُؤثر على مقدرتك في الحصول على تأمين. إذا كانت نتيجة الإختبارات موجبة لأي منهما لربما يُؤثر ذلك في المستقبل على التأمين الصحي والتأمين على الحياة.

تذكّر بإحضار هذه النشرة الإعلانية معك إلى عيادة النساء والولادة. قابلتك أو طبيبك يُمكنهم أن يُساعدك على أن تملأ الإستمارة على الصفحة الأخرى.

كل الفحوصات الستة للدم روتينية، ونوصيك بالموافقة عليها كلها.

هذه الإستمارة موجودة بلغات أخرى من القابلات/الطبيب أو من موقع

تي إتش إس إس بي إس على شبكة

الإنترنت بالعنوان التالي: [www.dhsspsni.gov.uk/phealth](http://www.dhsspsni.gov.uk/phealth)



تصميم وإنتاج Health Promotion Agency for Northern Ireland  
بالنيابة عن Department of Health, Social Services and Public Safety

**إقرار بالموافقة على فحوصات الدم الولاوية / Consent to antenatal blood tests**

أكمل الإستئارة في العيادة الولاوية / *Form to be completed at antenatal clinic*

الإسم: Name/ \_\_\_\_\_  
العنوان: Address/ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_   
عنوان المرارسة (إذا مختلف): Contact address (if different)/ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_   
رقم الهاتف أثناء اليوم: Daytime telephone number/ \_\_\_\_\_

أوافق على أخذ عينة دم مني ل: (رجاء أشر على المطلوب)  
I consent to have a blood sample taken from me for: (please tick all that apply)

- تحليل شامل للدم / مستوى هيموغلوبين / Full blood count/haemoglobin level/
- إلتهاب الكبد بي / Blood group/
- إتش أي في / Rubella/
- مرض الزهري / Syphilis/
- فصيلة الدم / Hepatitis B/
- روبيلا / HIV/

أفهم أسباب هذه الفحوصات / I understand the reasons for these tests

توقيع: Signed/ \_\_\_\_\_  
(المريض / ولي الأمر) / (patient/person with parental responsibility)

التاريخ: Date/ \_\_\_\_\_

مشهود من قبل: Witnessed by/ \_\_\_\_\_  
قابلة / طبيب (midwife/doctor)

التاريخ: Date/ \_\_\_\_\_