



التقرير الصحي

اسم الطالب/ الطالبة: _____ الصف _____

نوع البطاقة الصحية ورقمها، مثال (ثقة، أو غيرها): _____

نبذة عامة عن الحالة الصحية

هل أخذ ابنكم/ ابنتكم كافة التطعيمات المطلوبة حتى تاريخه؟ نعم _____ لا _____
إذا كان الجواب (لا) الرجاء ذكر السبب _____
هل لديه/ لديها مشكلة في البصر تمت معالجتها؟ نعم _____ لا _____
هل يضع/تضع نظارات عدسات لاصقة كلاهما _____
هل يعاني/ تعاني من مشكلة في السمع؟ نعم _____ لا _____ إذا نعم ماهو العلاج _____
ماهو تاريخ آخر فحص أسنان؟ _____
هل يشتكى/ تشتكى من نوع معين من الحساسية؟ نعم _____ لا _____
إذا نعم، ماهو نوع الحساسية؟ _____
دواء الحساسية هل تم وصفه من قبل الطبيب؟ الرجاء إعطاء تفاصيل _____
هل يعاني/ تعاني من مرض معين مثل السكري، القلب، الكلى، الأزمة/ الربو، الصرع؟
نعم _____ لا _____ إذا كانت الإجابة بـ(نعم) يرجى ذكرها & إرفاق تقرير طبي _____
هل يتناول/ تتناول دواء لهذا؟ نعم _____ لا _____ إذا (نعم) ماهو اسم الدواء؟ _____
هل يعاني/ تعاني من (القول) أنيميا القول، ثلاثيميا، فقر الدم المنجلي، الهيموفيليا(نزف الدم)يرجى التحديد
هل يعاني / تعاني من نزيف الأنف المستمر؟ _____
هل يعاني/ تعاني من مشاكل جلدية؟ _____
هل تعرض/ تعرضت لعمليات جراحية؟ يرجى ذكرها _____
هل تعرض/ تعرضت لعدوى النكاف، الحصبة، الجدري أو أي عدوى/ أمراض معدية؟ يرجى ذكرها _____
هل يتطلب ابنكم/ ابنتكم حمية غذائية معينة؟ نعم _____ لا _____
إذا نعم يرجى ذكرها _____
هل هناك سبب طبي يفرض على ابنكم/ ابنتكم عدم المشاركة في البرامج الرياضية؟ نعم _____ لا _____
إذا كانت الإجابة بـ(نعم)، يرجى الشرح وإرفاق التقرير الطبي إن وجد _____

الحوادث والطوارئ

في حال حصول حادث ما أو مرض مفاجئ بمن يجب أن تتصل المدرسة؟

الاسم _____ صلة القرابة _____

هاتف _____

اسم الطبيب الذي تفضلونه _____ هاتف _____

اسم المستشفى التي تفضلونها _____

تصريح معالجة في عيادة المدرسة

يجب أن يتم توقيع هذه الموافقة من قبل ولي الأمر أو الوصي القانوني فقط.
أوافق على أن يقوم موظفي عيادة المدرسة بإجراء الإسعافات الأولية الأساسية وإعطاء المسكنات البسيطة عند الحاجة كما أوافق أن تعطي ممرضة المدرسة الدواء الذي تركته عندهم تحت رعايتهم وفقا للتعليمات المكتوبة على العبوة. وأوافق على أن تصطحبوا ابني/ ابنتي إلى المستشفى في حالات الطوارئ .

التاريخ _____

صلة القرابة _____

التوقيع _____

يرجى إعلام المدرسة فور حصول أي تغيير يتعلق بصحة ابنانكم.