

صورة

شخصية

الاستمارة الصحية للطالب أو الطالبة

Student Medical Form

عزيزي / عزيزتي ولي أمر الطالب / الطالبة:

الرجاء ملئ النموذج المرفق بدقة شديدة وذلك حفاظاً على صحّة وسلامة ابنكم / ابنتكم إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء كتابة التاريخ والتفاصيل في خانة الملاحظات مع مراعاة الدقة حتى تتمكن من متابعة حالته / حالتها الصحية، مع تمنياتنا للجميع بالصحة والعافية.

معلومات المدرسة:	
اسم المدرسة: الصف: الشعبة:	
معلومات الطالب أو الطالبة:	
الاسم: الجنس:	
تاريخ الميلاد: الجنسية:	
اسم ولي الأمر أو الوصي الشرعي: صلة القرابة:	
رقم الهاتف المتحرك (1): رقم الهاتف المتحرك (2):	
البريد الإلكتروني: الإمارة:	
في حال الطوارئ ولم تتمكن من الوصول الى الأب أو الأم يمكننا الاتصال بـ:	
الاسم: صلة القرابة: رقم الهاتف المتحرك:	

مرفقات مطلوبة:			
مرفق صورة من بطاقة الهوية	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	رقم بطاقة الهوية:
مرفق صورة من جواز السفر	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
بطاقة اللقاحات الأصلية أو صورة محدّثة ملونة عنها (معتمدة)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
مرفق صورة من البطاقة الصحية (إن وجدت)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	رقم البطاقة الصحية (إن وجدت)
مرفق صورة من بطاقة التأمين الصحي (إن وجدت)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	رقم بطاقة التأمين الصحي (إن وجدت)

التاريخ الطبي للطالب أو الطالبة			
هل هناك أية مشكلة صحية مما يأتي؟ إذا كان الرد بنعم يرجى تحديد نوع المشكلة وتاريخ حدوثها في خانة الملاحظات			
	نعم	لا	الملاحظات
1			أي تحسس من دواء /أطعمة /أبخرة، يرجى ذكرها إن وجدت
2			مشكلة قلبية
3			الداء السكري
4			ارتفاع ضغط الدم
5			الربو

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.14_F01	01	Jan 01, 2019	Mar 01, 2019	Jan 01, 2021	1/1

الاستمارة الصحية للطالب أو الطالبة

Student Medical Form

6	مشكلة كلوية		
7	نوبات صرع أو نوبات تشنج		
8	رعاف متكرر (نزيف الأنف)		
9	فقر دم انحلاي من نوع عوز G6PD, (الفوال)		
10	أمراض الدم الوراثية مثل (التلاسيما، فقر الدم المنجلي، الهيموفيليا)		
11	مشكلة جلدية		
12	مشكلة عينية (بعد نظر أو قصر نظر)، يرجى ذكر المرض إن وجد		
13	مشكلة في السمع		
14	أية حالة قد تضعف الجهاز المناعي مثل السرطان (سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية) أو زراعة الأعضاء،		
15	أحد الأمراض التالية: (النكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال الديكي، الجدري المائي، السل؟ يرجى ذكر المرض في حال نعم		
16	التهاب الكبد الفيروسي		
17	التهاب سنجابية النخاع (عدوى شلل الأطفال)		
18	مشكلة نفسية أو سلوكية، يرجى ذكرها إن وجدت		
19	أية مشكلات أو أمراض أخرى لم يتم ذكرها، رجاء التحديد في حال نعم		
20	هل أصيب أو أصيبت بأي حوادث؟		
21	هل أدخل أو أدخلت للمستشفى من قبل؟ الرجاء ذكر السبب في حال نعم		
22	هل سبق أن أجريت له أو لها عمليات جراحية؟ ما هي إن وجدت؟		
23	هل تعرض أو تعرضت لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما في السابق؟		
24	هل يستخدم أو تستخدم أجهزة طبية مساعدة؟ ماهي إن وجدت؟		

إذا كان الطالب أو الطالبة يعاني أو تعاني من إحدى المشكلات الصحية المذكورة أعلاه أو غيرها، يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية

الأدوية والعلاجات المتناولة بصورة متواصلة

اسم الدواء: الجرعة:

أدوية الطوارئ

اسم الدواء: الجرعة:

توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالتغذية

.....

توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالرياضة والنشاط البدني

.....

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.14_F01	01	Jan 01, 2019	Mar 01, 2019	Jan 01, 2021	2/1

الاستمارة الصحية للطلاب أو الطالبة

Student Medical Form

توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج لمرضى أو ممرضة المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي				
.....				
تاريخ العائلة الصحي				
ملاحظات	لا	نعم	المشكلات الصحية	
			ارتفاع ضغط الدم	1
			داء السكري	2
			مرض السل	3
			اضطراب نفسي	4
			السكتة الدماغية	5
			أخرى، حدد	6
إقرار ولي الأمر بالمعلومات الواردة في الاستمارة، وصحتها:				
اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:				
صلة القرابة:				
توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي:				
التاريخ:				
ملاحظات:				
يُملاً هذا النموذج من قبل وليّ أمر الطالب أو الطالبة، ويعدّ مسؤولاً عن المعلومات الواردة فيه				
يرجى إرفاق تقرير طبي عن الحالة المرضية				
أولياء الأمور مسؤولون عن إعلام ممرض أو ممرضة المدرسة عند حصول أي تغيير في الحالة الصحية للطالب أو الطالبة وتزويد ممرض أو ممرضة المدرسة بالتقارير اللازمة لإضافتها إلى الملف الصحيّ				

في حال وجود استفسار الرجاء الاتصال بممرض أو طبيب المدرسة

Please contact school nurse or doctor if there is any further queries

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.14_F01	01	Jan 01, 2019	Mar 01, 2019	Jan 01, 2021	3/1