

**استمارة طبية**

**مدرسة أجيال**

اسم الطالب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الصف/الشعبة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم الوالد:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف المحمول:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم الوالدة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف المحمول:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل يأخذ الطالب حاليا أي دواء؟ نعم لا

 إذا كانت الإجابة بنعم ، فيرجى تحديد السبب والجرعة وعدد الجرعات\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل تم إدخال الطالب إلى المشفى من قبل؟ نعم لا

 إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى تحديد متى ولأي سبب؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل يعاني الطالب من مشاكل في النطق؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التوضيح وتقديم تقرير طبي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل يعاني الطالب من مشاكل في السمع؟ نعم لا

 إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التوضيح وتقديم تقرير طبي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل يعاني الطالب من مشاكل في النظر؟ نعم لا

 إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التوضيح وتقديم تقرير طبي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. هل يعاني طفلك من اي من الحالات التالية:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| التفاصيل | لا | نعم | المرض |
|  |  |  |  الربو الصدري  |
|  |  |  |  السكري  |
|  |  |  |  داء الصرع  |
|  |  |  |  الحساسية الربيعية  |
|  |  |  |  السل |
|  |  |  |  الاكزيما  |
|  |  |  |  أمراض القلب |

1. يرجى تحديد ما إذا كان طفلك يعاني من أي حساسية

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | الدواء |  | المأكولات البحرية |  | القمح |  | البيض |  | الفستق |
|  | أشياء أخرى |  | منتجات الألبان |  | الفواكه |  | الحشرات |  | المطاط |

 إذا كان خيارك أشياء أخرى يرجى التحديد\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. يرجى تحديد نوع رد الفعل المحتمل حدوثه

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | الطفح الجلدي |  | الشري الجلدي |  | الإغماء |  | تورم الفم |  | صفير الصدر |
|  | أشياء أخرى |  | الإقياء |  | الإسهال |  | البحة في الصوت |  | حكة جلدية |

 إذا كان خيارك أشياء أخرى يرجى التحديد\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. يرجى الإشارة إلى التدخل المطلوب.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | تدخلات أخرى |  | إدخال الطالب للمشفى للمعالجة |  | زيارة قسم الطوارئ |  | لا تدخل |

 إذا كان خيارك أشياء أخرى يرجى التحديد\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 10 - **يرجى تحديد التطعيمات التي تم أخذها:**

|  |  |
| --- | --- |
| **يرجى تحديد التطعيمات التي تم أخذها**  | **التطعيم** |
|   | السل BCG |
|   |  الدفتريا و السعال الديكي و الكزاز DPT/ DTaP/ Tdap |
|  |  التهاب الكبد الوبائي Hep B  |
|  |  هيموفيليس إنفلونزا ب Hib  |
|  |  لقاح شلل الأطفال الفموي OPV/ IPV |
|   |  فيروس الورم الحليمي البشريHPV |
|  |  انفلونزا المكورات الرئويةPCV |
|  |  الحصبة, النكاف, الحصبة الألمانيةMMR |
|  |  جدري الماءChicken Pox |
|  |  فيروس الروتاRotarix |
|   | / الحصبة الألمانية للإناثRubella |
|  | أشياء أخرى: يرجى التحديد |

 (يرجى إرفاق صورة من بطاقة التطعيم)

1. يرجى توضيح ما إذا كان طفلك يعاني من أي من الأمراض التالية:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| المرض | نعم | لا | تاريخ الإصابة |
| كوفيد 19 |  |  |  |
| الحصبة |  |  |  |
| النكاف |  |  |  |
| الحصبة الألمانية |  |  |  |
| جدري الماء |  |  |  |
| السل |  |  |  |
| السعال الديكي |  |  |  |
| أشياء أخرى: يرجى التحديد |  |  |  |

 12-يرجى كتابة تفاصيل 3 أشخاص ليتم الاتصال بهم في حالة الحوادث أو الطوارئ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| الاسم | العلاقة بالطالب | رقم الهاتف المحمول | رقم الهاتف الثابت |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 13-لا يسمح للأطفال بالاحتفاظ بأي أدوية في الفصل لأسباب تتعلق بالسلامة. إذا تطلب إعطاء أي دواء خلال ساعات الدراسة ، فيجب إرسال الطالب إلى عيادة المدرسة مع وصفة طبية من الطبيب توضح الوقت والجرعة المطلوبة. ممرضة المدرسة ستقوم بإعطاء الأدوية الموصوفة لمدة قصيرة فقط. يرجى الرجوع إلى قسم معلومات "الأدوية في المدرسة" على صفحة الويب الخاصة بـمدرسة أجيال ضمن "العيادة" إذا كان الطالب يستخدم الحافلة المدرسية فيمكن إعطاء الدواء و الوصفة الطبية للمساعدة المسؤولة عن الحافلة.

14- إذا كان طفلك يعاني أي مما يلي ، فيجب أن يكون خالياً من الأعراض لمدة 24 ساعة قبل عودته إلى المدرسة. القيء / الإسهال / الحمى / التهاب الحلق / السعال المستمر / الطفح الجلدي غير المبرر.

 (يجب عودة الأطفال إلى المدرسة بشهادة طبيب إذا كان الطفل يعاني من طفح جلدي غير مبرر).

15-يرجى ملاحظة أنه يجب تزويد المدرسة بشهادة من طبيب الأسرة قبل أن يتمكن طفلك من استئناف الدراسة إذا كان يعاني من أي مرض فيروسي / التهاب في العين (التهاب الملتحمة) / جدري الماء / النكاف / الحصبة وما إلى ذلك. يرجى الرجوع إلى قسم معلومات "العودة إلى المدرسة بعد فترة مرضية" على موقع مدرسة أجيال الدولية تحت عنوان "عيادة"

 16-يرجى العلم أن مدرسة أجيال الدولية هي مدرسة خالية من المكسرات. يرجى التأكد من حصول الطالب على طعام / وجبات خفيفة خالية من المكسرات. يجب أن تكون توزيعات أعياد الميلاد / الاحتفالات المرسلة الى المدرسة خالية من المكسرات. يرجى الرجوع إلى قسم معلومات "سياسة مدرسة خالية من المكسرات" على موقع مدرسة أجيال الدولية تحت عنوان "عيادة"

 17- يجب على الوالدين الكشف عن أي حالة طبية / حساسية / مرض قد يعاني منه طفلهم.

 18 -الأدوية التالية متوفرة في العيادة المدرسية وتستخدم في حالات الطوارئ ، يجب الاتصال بأولياء أمور الطلاب في االمرحلة الابتدائية قبل إعطاء أي دواء عن طريق الفم:

|  |  |
| --- | --- |
| باراسيتامول شراب / أقراص | صداع ، سخونة ، ألم |
| مضادات الهيستامين | للحساسية |
| السالبوتامول | السعال الجاف |
| فينستيل جل | لدغات الحشرات |
| جل ريباريل | تورم ما بعد الصدمة |
| فولتارين كريم | آلام المفاصل و العضلات |
| فيوسيدين كريم | تعقيم و تضميد الجروح |
| بيتادين | تعقيم و تنظيف الجروح |
| فلامازين | للحروق |
| ستربسيل | التهاب الحلق |

إذا كان الطالب يعاني من أي حساسية من الأدوية يرجى التحديد:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 يرجى وضع علامة في المربع المناسب.

 أسمح لطفلي بتلقي الأدوية من العيادة المدرسية.

 لا أسمح لطفلي بتلقي الأدوية من العيادة المدرسية.

 **أنا :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ولي أمر الطالب:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_صف/شعبة\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **أقر أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة وأتحمل المسؤولية الكاملة عن أي معلومات مفقودة أو خاطئة أو مضللة حول حالة طفلي الصحية أو ردود الفعل التحسسية, و أخلي مسؤولية مدرسة أجيال و جميع موظفيها من أي عواقب تنشأ عن الأمراض أو حالات التحسس في حال عدم عدم تحديث المعلومات الطبية.**

**التوقيع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**