

**إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية**

صورة  
شخصية

**الاستمارة الصحية للطالب/الطالبة ونموذج الموافقة العامة**
**عزيزي ولي أمر الطالب/الطالبة:**

الرجاء مراعاة الدقة في ملئ الاستمارة التالية وذلك حفاظاً على صحة وسلامة ابنكم/ابنتكم ومتابعة حالتهم الصحية خلال العام الدراسي.

**معلومات المدرسة:**

اسم المدرسة: ..... الصف: ..... الشعبة: .....

**معلومات الطالب / الطالبة:**

الاسم: ..... الجنس: .....

تاريخ الميلاد: ..... الجنسية: ..... الجنسية: .....

اسمولي الأمر أو الوصي الشرعي: ..... صلة القرابة: .....

رقم الهاتف المتحرك (1): ..... رقم الهاتف المتحرك (2): .....

الإمارة: ..... البريد الإلكتروني: .....

في حال الطوارئ ولم تتمكن من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال به:  
الاسم: ..... رقم الهاتف المتحرك: ..... صلة القرابة: .....

**المرفقات المطلوبة:**

رقم بطاقة الهوية: .....	<input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم	صورة من بطاقة الهوية
.....	<input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم	صورة من جواز السفر
.....	<input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم	بطاقة اللقاحات الأصلية أو صورة محدثة عنها
رقم البطاقة الصحية (إن وجدت) .....	<input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم	صورة من البطاقة الصحية (إن وجدت)
.....	<input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم	صورة من بطاقة التأمين الصحي (إن وجدت)

**التاريخ الطبي للطالب/الطالبة**

الملاحظات	لا	نعم	المشكل الصحية	
هل يعاني الطالب/الطالبة من أي حساسية دواء / أطعمة / أخرى؟ يرجى ذكرها إن وجدت			1	
هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في القلب؟			2	
هل يعاني الطالب/الطالبة من مرض السكري؟			3	
هل يعاني الطالب/الطالبة من ارتفاع ضغط الدم؟			4	
هل الطالب/الطالبة مصاب بالربو؟			5	
هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في الكلى؟			6	
هل يعاني الطالب/الطالبة من نوبات صرع أو نوبات تشنج؟			7	
هل يعاني الطالب/الطالبة من رعاف متكرر (تنيف الأنف)؟			8	
هل الطالب/الطالبة مصاب بمرض أنيميا الفول (G6BD) تكسر الدم؟			9	
هل الطالب/الطالبة مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (التلاسيمية).			10	

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

**إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية**
**الاستماراة الصحية للطالب/الطالبة ونموذج الموافقة العامة**

		الأنيميا المنجلية، الهموفيليا .....؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	
		هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل جلدية؟	11
		هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل في العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	12
		هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في السمع	13
		هل يستخدم الطالب/الطالبة أجهزة طبية مساعدة؟ ما هي؟	14
		هل سبق أن أجريت للطالب/الطالبة عمليات جراحية؟ ما هي إن وجدت؟	15
		هل أدخل الطالب/الطالبة للمستشفى من قبل؟ اذكر السبب في حال كانت الإجابة نعم	16
		هل يعاني الطالب/الطالبة من أي حالة قد تضعف الجهاز المناعي مثل السرطان (سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية) أو زراعة الأعضاء؟ يرجى ذكرها إن وجدت	17
		هل تعرض الطالب/الطالبة لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما في السابق؟	18
		هل أصيب الطالب/الطالبة بأحد الأمراض التالية: (النكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال الديكي، الجدري المائي، السل)؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	19
		هل أصيب الطالب/الطالبة ببعض التهاب الكبد الفيروسي؟	20
		هل أصيب الطالب/الطالبة ببعض شلل الأطفال؟	21
		هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل نفسية أو سلوكية؟ يرجى ذكرها إن وجدت	22
		هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل أو أمراض أخرى لم يتم ذكرها؟ يرجى ذكر المرض إن وجد	23

**إذا كان الطالب/الطالبة يعاني من إحدى المشاكل الصحية المذكورة أعلاه أو غيرها، يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية**

**الأدوية والعلاجات التي يتناولها الطالب/الطالبة بشكل متواصل أو عند حدوث أزمة صحية**

اسم الدواء.....جرعة:.....

**الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ**

اسم الدواء:.....الجرعة:.....

**توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالغذائية**

.....

**توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالرياضة والنشاط البدني**

.....

**توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج لطبيب/ممرض المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي**

.....

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.14_F01	01	Jan 01, 2019	Mar 01, 2019	Jan 01, 2021	2/3

## إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية

## الاستمارة الصحية للطالب/الطالبة ونموذج الموافقة العامة

تاریخ العائلة الصحي			
المشكلات الصحية	نعم	لا	ملاحظات
أمراض القلب وضغط الدم			
مرض السكري			
أمراض الدم الوراثية (الثلاثسيميا، الأنيميا المنجلية، وغيرها.....)			
أمراض السرطان			
أمراض الجهاز المناعي			
مشكلات الصحة النفسية			
أخرى، حدد			

أنا الموقع أدناه أوفق على تقديم خدمات علاجية و/أو وقائية بواسطة طبيب أو ممرض المدرسة قد تشمل الإسعافات الأولية، وقياس الوزن والطول، وقياس القدرة البصرية، وفحص السمع، وفحص الأسنان، والفحص الطبي الشامل، وإجراء التحويلات إلى أقسام الطوارئ، وإعطاء الأدوية عند الضرورة، وتطبيق خطة المعالجة الفردية المتفق عليها مع الطبيب المعالج وولي الأمر أو الوصي الشرعي.

إقرار ولي الأمر أو الوصي الشرعي بصحة المعلومات الواردة في الاستمارة والموافقة على تقديم خدمات علاجية و/أو وقائية

- أقر أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة
- أوفق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه
- لا أوفق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه (في حال عدم موافقتك، يرجى العلم بأنه لن يستطيع الطاقم الطبي المدرسي تقديم هذه الخدمات عند الحاجة لها إلا في الحالات الطارئة القصوى التي تلزم التدخل السريع)

اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي: ..... صلة القرابة: .....

توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي: ..... التاريخ: .....

ملاحظات:
يرجى إرفاق كافة التقارير الطبية الخاصة بالحالة الصحية للطالب/الطالبة إن وجدت
إن من مسؤولية ولي أمر الطالب/الطالبة إبلاغ عيادة الصحة المدرسية عن أي تغيير في الحالة الصحية للطالب/الطالبة وارفاق التقارير اللازمة لإضافتها إلى الملف الصحي.

في حال وجود استفسار الرجاء الاتصال بممرض أو طبيب المدرسة

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