

## بطاقة إرشادات خاصة بطلاب

المؤسسة الجامعية : .....  
السنة الجامعية : .....

هذه البطاقة سرية، تهدف إلى تحسين جودة متابعة صحتك وهي وثيقة ذات صبغة طبية و قانونية ينبغي عليك تعميمها بكل عناية .  
- إرشادات عامة\* :

الاسم واللقب : .....  
تاريخ الولادة ومكانها : .....  
عنوان الطالب بالكامل : .....  
عنوان الوالدين بالكامل : .....  
الحالة المدنية : ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ حالة أخرى، أذكرها : .....  
نوع شهادة البكالوريا و تاريخ الحصول عليها : .....  
سنة الدراسة الحالية : .....  
عدد سنوات الرسوب : بالمرحلة الأولى من التعليم الأساسي : ..... بالمرحلة الثانية من التعليم الأساسي : ..... بالمستوى الثانوي : ..... بالمستوى الجامعي : .....  
هل توافق شعبة التوجيه رغبتك ؟ ☐ نعم ☐ لا  
ماهي رتبة الاختيار في ملف توجيهك الجامعي ؟ ☐ نعم ☐ لا  
هل أنت متحصل على منحة جامعية ؟ ☐ نعم ☐ لا

- هل سبق لك أن عانيت أو تعاني حاليا من أحد الأمراض التالية ؟\* (في حالة الإيجاب أذكر السن أو تاريخ بداية المرض)

.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- أمراض الكلى أو المسالك البولية
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- مرض السكري
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- الربو - (الفدة)
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- الحساسية
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- أمراض القلب
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- الصرع
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- الرثية المفصليّة الحادة (الروماتيزم)
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- الرضوح و الكسور
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- الاضطرابات النفسية
- مرض آخر، أذكره : .....			

- حالتك الصحية الراهنة\* :

- ما هو آخر تاريخ فحص طبي أجريته ؟ : ..... و في أي ظرف ؟  
.....  
هل تعرف ضغط دمك ؟ ☐ نعم ☐ لا  
.....  
هل تتابع حاليا علاجاً خاصاً ؟ ☐ نعم ☐ لا  
.....  
هل سبق لك أن... ؟ 1- أقمت بالمستشفى  
.....  
2- أجريت عليك عملية جراحية  
.....  
في حالة الإيجاب، أذكر تاريخ الإقامة بالمؤسسة الاستشفائية و مدتها و مكانها و سببها : .....

- هل تبدو عليك في الوقت الراهن إحدى العلامات التالية\* ؟  
.....  
- إحساس غير عادي بالتعب ☐ لا ☐ نعم  
- حالات عطش غير عادي ☐ لا ☐ نعم  
- الرغبة في الأكل (الشهية) ☐ محدودة ☐ مفرطة  
- نقص حديث و ملحوظ في الوزن (أكثر من 5 كغ) ☐ لا ☐ نعم  
- اضطرابات في النوم ☐ لا ☐ نعم  
- صعوبات في التركيز ☐ لا ☐ نعم  
- أوجاع ☐ لا ☐ نعم  
.....  
في حالة الإيجاب، حدد طبيعتها و مكانها و توقيتها : .....

(\*) توضع علامة (x) في الخانة المنسبة.

- الحالة الصحية للعائلة\* :

- هل يشكو أحد أقاربك مرضا عضويا أو عقليا ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، حدد طبيعة المرض و تاريخ بداية ظهوره و درجة القرابة:.....  
إرشادات أخرى : .....

#### - الأحداث المعاشة :-\*

- هل تعرضت إلى صدمة ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، حدد في أي سن و طبيعتها.....  
- هل لديك حاليا مشاغل خاصة (عضوية أو نفسية أو عائلية أو اجتماعية) ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، أذكرها : .....

#### - بعض المعطيات حول نمط حياتك\* :

- هل تمارس أو مارست الرياضة ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، أذكرها : .....

- هل تنتمي أو انتميت إلى ناد أو جمعية رياضية بصفة عضو ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، أذكره (ها) : .....

- هل كان هناك نادي صحة بمعهدك ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، هل كنت عضوا بهذا النادي ؟ ☐ لا ☐ نعم

- هل شارك في حصة أو عدة حصص بهذا النادي ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، هل سيق لك أن دخنت ؟ ☐ لا ☐ نعم هل تدخن ؟ ☐ لا ☐ نعم

- هل تتناول الكحول ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، هل سبق لك أن تناولتها ؟ ☐ لا ☐ نعم

- هل سبق لك أن اشتكت من؟ 1- سيلان زكري أو مهلي ☐ لا ☐ نعم 2- حكة على مستوى الجهاز التناسلي ☐ لا ☐ نعم

- هل اتبعت علاجا ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، هل استشرت ؟ ☐ لا ☐ نعم طبيبيا ☐ لا ☐ نعم صيدلانيا ☐ لا ☐ نعم

- هل تستمتع جيدا ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، لماذا ؟ .....

- هل لديك اضطرابا في البصر ؟ ☐ لا ☐ نعم في حالة الإيجاب، حدده : .....

- هل تحمل حاليا نظارات طبية ؟ ☐ لا ☐ نعم منذ متى ؟..... تاريخ آخر مراقبة للبصر.....

يعمر هذا الإطار من قبل الطبيب أولا ثم من قبل الطالب إثر الفحص و المحادثة و يتعين على الطالب الإمضاء عليه بعد إجراء العيادة الطبية الجامعية و المحادثة مع الطبيب.

إني الممضي أسفله الدكتور (يذكر الاسم و اللقب) : ..... أشهد بأنني فحصت اليوم : .....  
الطالب (يذكر الاسم و اللقب) : ..... و أعلمته بنتائج هذا الفحص، و أكدت على القيام بإعلامه بأنه يشكو : .....

حرر بـ..... في .....

إمضاء الدكتور و ختمه

إني الممضي أسفله (يذكر الاسم و اللقب) : ..... طالب بـ : .....  
أشهد بأنه تم إعلامي كما ينبغي بنتائج الفحص المذكور أعلاه من قبل الطبيب وأؤكد على رغبتني في متابعة دراستي بهذه الشعبة.

عدد بطاقة التعريف الوطنية

\_\_\_\_\_

حرر بـ..... في .....

إمضاء الطالب

(\*) توضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (ETUDIANT)

FIR.U

*Cette fiche de renseignements est strictement personnelle et confidentielle. C'est un document médico-légal. Elle doit contribuer à améliorer la qualité de votre suivi médical., remplissez-le avec soin en cochant la case correspondant à votre réponse et situation.*

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F  
Date de naissance : ..... Lieu : .....  
Gouvernorat et délégation d'origine : .....  
Adresse complète de l'étudiant ..... E-mail..... Tél : .....  
Adresse complète des parents ..... E-mail..... Tél : .....  
Etat civil : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Autre : .....  
Type du bac: ..... Année du Bac : ..... Etablissement universitaire.....  
Section : ..... Année d'étude actuelle : .....  
Redoublant: ☐ Oui ☐ Non Nombre d'années de redoublement: primaire.....secondaire.....Universitaire.....

### 1- AVEZ-VOUS ETE OU ETES-VOUS ATTEINT D'UNE DES MALADIES SUIVANTES(1) :

- Allergie : ☐ Non ☐ Oui (2)..... - Asthme : ☐ Non ☐ Oui (2).....  
- Diabète : ☐ Non ☐ Oui (2)..... - Maladie du cœur : ☐ Non ☐ Oui (2).....  
- Epilepsie : ☐ Non ☐ Oui (2)..... - Troubles psychiatriques : ☐ Non ☐ Oui (2).....  
- Traumatismes, fractures : ☐ Non ☐ Oui (2)..... - Rhumatisme articulaire aiguë : ☐ Non ☐ Oui (2).....  
- Reins ou voies urinaires : ☐ Non ☐ Oui (2)..... - Autre maladie : préciser : .....

### 2- VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL (1) :

- Quelle est la date du dernier examen médical dont vous avez bénéficié? ..... et dans quel cadre(1) ? :  
☐ Consultation pour maladie, préciser : ..... ☐ Visite médicale scolaire ☐ Autre, Préciser .....  
- Connaissez-vous votre tension artérielle (1) ? : ☐ Oui ☐ Non  
- Suivez vous actuellement un traitement particulier (1) ? : ☐ Non ☐ Oui, lequel : .....  
- Avez-vous été hospitalisé(e) (1) ? : ☐ Non ☐ Oui  
Précisez la date, la durée, le lieu et la cause de l'hospitalisation : .....  
- Avez-vous été Opéré(e) (1) ? : ☐ Non ☐ Oui  
Précisez la date, la durée, le lieu et la cause de l'hospitalisation : .....

### 3- PRESENTEZ-VOUS A L'HEURE ACTUELLE L'UN DES SIGNES SUIVANTS (1)?

- Fatigue fréquente : ☐ Non ☐ Oui - Soif anormale : ☐ Non ☐ Oui  
- Appétit : ☐ réduit ☐ exagéré - Amaigrissement récent et notable (> 5kg) : ☐ Non ☐ Oui  
- Des troubles du sommeil : ☐ Non ☐ Oui - Difficultés à vous concentrer : ☐ Non ☐ Oui  
- Douleurs : ☐ Non ☐ Oui, Préciser (nature, siège, type) .....

### 4- ANTECEDANTS FAMILIAUX (1):

- L'un de vos proches parents est-il malade(1) ? : (maladie physique ou mentale) ☐ Oui ☐ Non  
Si Oui, préciser : - la maladie : ..... depuis ..... - le degré de parenté .....  
- Autres renseignements : .....

(1) cocher la case correspondante

(2) date de début de l'affection

## 5- EVENEMENTS DE VIE(1):

- Avez-vous vécu un évènement particulièrement traumatisant (1)? : ☐Non ☐Oui A quel âge? .....  
Préciser lequel? .....  
- Avez-vous actuellement une préoccupation particulière (physique, psychique, familiale ou sociale) : ☐Non ☐Oui  
Si Oui, Laquelle? .....

## 6- QUELQUES DONNEES SUR VOTRE MODE DE VIE(1) :

- Pratiquez vous ou avez vous pratiqué un sport (1)? : ☐Non ☐Oui lequel ? : .....  
- Etes vous ou avez été membre d'un club ou d'une association sportive(1) : ☐Non ☐Oui lequel (laquelle) ? : .....  
- Aviez-vous un club de santé dans votre lycée (1) ? : ☐Oui ☐Non ☐ne sait pas  
- Etiez-vous membre de ce club (1) ? : ☐Oui ☐Non  
- Avez-vous participé à une ou des séances de ce club (1)? : ☐Oui ☐Non  
- Fumez-vous (1)? ☐Oui ☐Non , avez-vous fumé(1) ? : ☐Oui ☐Non  
- Consommez-vous de l'alcool(1)? : ☐Oui ☐Non, avez-vous consommé (1)? : ☐Oui ☐Non  
- Avez-vous jamais présenté(1)? : - Un écoulement génital ☐Oui ☐Non -Un prurit génital ☐Oui ☐Non  
- Si Oui, avez-vous consulté un médecin (1) ? : ☐un pharmacien ☐autre , à préciser.....  
Avez vous suivi un traitement (1)? : ☐Oui ☐Non  
- Entendez-vous bien (1) ? : ☐Oui ☐Non, pourquoi ? .....  
- Avez-vous des troubles de la vision(1) ? : ☐Non ☐Oui, préciser : .....  
- Portez-vous des lunettes de vue ? : ☐Non ☐Oui, depuis quand ? : .....date du dernier contrôle de la vision.....

Signature de l'étudiant

**Cadre à remplir d'abord par le médecin puis par l'étudiant suite à l'examen et à l'entretien. L'étudiant ne doit signer ce volet qu'après la visite médicale et l'entretien avec le médecin.**

Je soussigné Docteur(2) : ..... médecin de la santé publique certifie avoir examiné ce jour..... Mr (Mlle)(2) : ..... et l'avoir informé des conclusions de cet examen(1).

- ☐ Je lui ai donné une lettre confidentielle pour le médecin scolaire de l'établissement d'enseignement supérieur  
☐ Je ne lui ai pas donné une lettre confidentielle pour le médecin scolaire de l'établissement d'enseignement supérieur

Date

Signature et cachet du médecin

Je soussigné(e) (2), ..... certifie avoir été dûment informé(e) des conclusions de la visite médicale par le médecin scolaire et avoir été conseillé(e) de contacter l'équipe de santé scolaire et universitaire de mon futur établissement universitaire.

Date

N° Carte identité nationale /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Signature de l'étudiant

## Réservée à l'équipe médico-scolaire de l'établissement d'enseignement supérieur

Je soussigné Docteur(2) : .....médecin de la santé publique, certifie avoir examiné ce jour.....  
Mr (mille) (2)..... et l'avoir informé des conclusions de cet examen. Je tiens à souligner que je lui ai signalé qu'il présente.....

Etat pouvant entraver les études qu'il se propose de suivre et les professions y afférentes.

Date

Signature et cachet du médecin

Je soussigné(2), ..... étudiant en .....  
certifie avoir été dûment informé(e) des conclusions de la visite médicale par le médecin scolaire et confirme que je souhaite poursuivre mes études dans cette filière.

Date

N° Carte identité nationale /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Signature de l'étudiant

(1) cocher la case correspondante

(2)indiquer le nom et le prénom