

معلومات صحية حول الطالب / إبلاغ من قبل ولي الأمر الى خدمات المدرسة الصحية

اسم المدرسة:

من أجل الفحص الصحي للمباشرة بالمدرسة، نرجوا منكم ملاً الاستمارة وإعادتها إلى الممرضة الصحية للمدرسة بأقرب وقت ممكن. تُبحث المعلومات بشكل يحافظ على سريتها.

الرقم الشخصي	اللقب والاسم الكامل	١- الطالب	
هاتف المسكن	عنوان المسكن		
المهنة وهاتف العمل	الاسم وسنة الولادة	٢- ولي الأم / المربي الذي يسكن الطالب معه	
العمل خارج المنزل <input type="checkbox"/> عمل يومي <input type="checkbox"/> عمل متناوب <input type="checkbox"/> عمل عند الغروب <input type="checkbox"/> عمل ليلي <input type="checkbox"/> عمل فيه الكثير من السفر	لغة الأم <input type="checkbox"/> فنلندي <input type="checkbox"/> سويدي <input type="checkbox"/> لغة أخرى		
درجة القرابة / علاقة المربي مع الطالب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> جد أو جدة <input type="checkbox"/> مربي لفترة محددة <input type="checkbox"/> قرابة أخرى، ما نوعها:			
المهنة وهاتف العمل	الاسم وسنة الولادة		
العمل خارج المنزل <input type="checkbox"/> عمل يومي <input type="checkbox"/> عمل متناوب <input type="checkbox"/> عمل عند الغروب <input type="checkbox"/> عمل ليلي <input type="checkbox"/> عمل فيه الكثير من السفر	لغة الأم <input type="checkbox"/> فنلندي <input type="checkbox"/> سويدي <input type="checkbox"/> لغة أخرى		
درجة القرابة / علاقة المربي مع الطالب <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> جد أو جدة <input type="checkbox"/> مربي خارجي <input type="checkbox"/> قرابة أخرى، ما نوعها:			
المدرسة / مركز الإرشاد الصحي	الحالة الصحية	الاسم وسنة الولادة	٣- أخوة وأخوات الطالب
٤- الحالة الصحية للطالب الآن <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> مقبولة <input type="checkbox"/> سيئة			
٥- أمراض الطالب ما هي أمراض الطالب في الوقت الحالي			
٦- الدواء الذي يستخدمه الطالب بشكل مستمر أو متكرر اسم الدواء			
٧- حساسية الطالب المادة الغذائية المادة الدوائية مواد أخرى اسم المادة			
٨- الأعراض المرضية المتكررة عند الطالب <input type="checkbox"/> زكام <input type="checkbox"/> ضيق في التنفس <input type="checkbox"/> التهابات اللوزتين <input type="checkbox"/> الطفح الجلدي <input type="checkbox"/> صداع <input type="checkbox"/> آلام البطن <input type="checkbox"/> آلام الوجه <input type="checkbox"/> قلة الشهية للطعام <input type="checkbox"/> امساك <input type="checkbox"/> إرهاق <input type="checkbox"/> أعراض أخرى، ماهي:			
٩- أمراض ومنغصات الطالب الأمراض المزمنة، الحوادث التي تستحق الذكر، العمليات الجراحية، العوق، العاهات			

<input type="checkbox"/> خلل في البصر <input type="checkbox"/> يوجد لديه نظارات <input type="checkbox"/> عولجَ بسبب خلل في البصر، أين:		١٠- بصر وسمع الطالب
<input type="checkbox"/> خلل في السمع <input type="checkbox"/> يوجد لديه جهاز للسمع <input type="checkbox"/> عولجَ بسبب خلل في السمع، أين:		
<input type="checkbox"/> خلل في النطق، ما نوعه: <input type="checkbox"/> عولجَ بسبب خلل في النطق، أين:		
<input type="checkbox"/> التبول إلا إرادي في النهار <input type="checkbox"/> التبول إلا إرادي ليلاً <input type="checkbox"/> البراز إلا إرادي <input type="checkbox"/> صعوبة التأقلم <input type="checkbox"/> عدم الاستقرار <input type="checkbox"/> التخوف <input type="checkbox"/> العناد و الوقاحة <input type="checkbox"/> تقليم الأضافر بالأسنان <input type="checkbox"/> رعشة في الوجه <input type="checkbox"/> سريع البكاء <input type="checkbox"/> صعوبة النوم <input type="checkbox"/> قلق في النوم <input type="checkbox"/> تقلص الفكين عند النوم		١١- الأعراض الأخرى التي تظهر على الطالب
تحت العلاج / عولجَ، أين		
اسم المربية / مكان الرعاية		١٢- الروضة التي كان فيها الطالب قبل المجيء إلى المدرسة
<input type="checkbox"/> المربية في البيت الحضانة البيئية <input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> حكومي		
<input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> حكومي بيت الأطفال <input type="checkbox"/> شخصي <input type="checkbox"/> حكومي		
اسم المربية / مكان الرعاية		١٣- رعاية الطالب خارج أوقات دوام المدرسة
من يرعى الطفل خارج أوقات دوام المدرسة عند مباشرته الدوام في المدرسة		
اسم وعنوان مركز إرشاد الأطفال الذي راجع فيه الطفل آخر مرة		
١٤- المركز الإرشادي الذي كان يراجع فيه الطالب		
هل توافقون على أن تعطي لطفلكم في سن الدراسة اللقاحات الأساسية وكذلك اللقاحات المنشطة لللقاحات الأولية	هل يحق لدكتور أو ممرضة المدرسة حسب قناعتهم التحدث مع المعلم بخصوص مشاكل طفلكم الصحية التي يمكن أن تؤثر على الأمور الدراسية	هل لديكم وجهات نظر في أمور معينة تأملون أن تُأخذ بنظر الاعتبار في المدرسة وفي خدمات الصحة المدرسية
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
١٦- معلومات إضافية عن الطالب		مثلاً: عن الحالة الصحية للطالب، طريق المدرسة، حركة المواصلات، عن الحالة الصحية لأفراد العائلة، عن بيئة السكن وما شابه ذلك.
١٧- بشكل عام، هل هناك شيء ما خاص تريدون التحدث فيه مع الممرضة الصحية للمدرسة		
<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، ما هو:		
١٨- الإمضاء		المكان والتاريخ
إمضاء واسم ولي الأمر		
رقم الهاتف	الاسم	١٩- الممرضة الصحية للمدرسة