

معلومات صحية

أكمل هذا النموذج في كل عام دراسي لإبلاغنا بالحالة الصحية الحالية للطلاب والمستجدات التي تؤثر على يومه الدراسي

هذه الإستمارة ضرورية من أجل إبلاغ ممرضة الصحة العامة (PHN) عن حالة الطالب الصحية ووضع خطة لتوفير الإحتياجات الصحية التي يمكن أن تؤثر على يومه الدراسي. يتم مشاركة هذه المعلومات فقط مع الكادر المدرسي المكلف وحسب الحاجة. يكفل قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA) حماية المعلومات الواردة في هذه الإستمارة كجزء من سجل الطالب التعليمي ويتم حفظها بشكل آمن في العيادة الصحية في المدرسة. كما تستعين مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) ودائرة الصحة في مقاطعة فيرفاكس (FCHD) بالبيانات الصحية المجمعة والمحجوبة الهوية لإكمال تقاريرها عن الصحة العامة إلى وزارة التربية والتعليم في فرجينيا وللمراقبة الإحتياجات الصحية في الوسط المدرسي. في حال وجود أية مستجدات خاصة بحالة الطالب الصحية خلال العام الدراسي أو في حال وجود أية أسئلة تخص هذه الإستمارة، يرجى الإتصال بممرضة الصحة العامة PHN في العيادة الصحية في مدرسة الطالب.

الفقرة A: معلومات الطالب:

أسم الطالب: الأسم الأخير	الأسم الأول	الأسم الأوسط	تاريخ الميلاد
السنة الدراسية	أسم المدرسة	المرحلة الدراسية	المعلم/المستشار التربوي في المدرسة
أسم الوالد/الوالدة أو الوصي الشرعي	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل
أسم الوالد/الوالدة أو الوصي الشرعي	رقم هاتف المنزل	رقم الهاتف المحمول	رقم هاتف العمل

الفقرة B: المشاكل الصحية الخطيرة أو التي تهدد حياة الطالب بالخطر:

الملاحظات	وضع علامة إذا نعم	الحالة
<input type="checkbox"/> الأظعمة: <input type="checkbox"/> لدغة الحشرات: <input type="checkbox"/> منتجات مادة اللاتكس (نوع من المطاط) هل تم وصف العلاج بحقنة الإيبينفرين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا هل أخذ حقنة الإيبينفرين سابقاً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا إذا نعم، أذكر التاريخ: _____	<input type="checkbox"/>	الحساسية الشديدة/الحساسية المفرطة
المسببات: <input type="checkbox"/> التمارين <input type="checkbox"/> بيئية <input type="checkbox"/> عدوى الجهاز التنفسي العلوي <input type="checkbox"/> غيرها: هل تم وصف العلاج باستخدام البخاخ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا هل تم وصف العلاج بالردادة (جهاز أستنشاق)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا عدد مرات الذهاب إلى غرفة الطوارئ (ER) خلال العام التقويمي الماضي: _____	<input type="checkbox"/>	الربو
<input type="checkbox"/> النوع 1 <input type="checkbox"/> النوع 2 تاريخ التشخيص: _____ أسم الدواء في حالة الطوارئ: مراقبة الجلوكوز: <input type="checkbox"/> جهاز قياس الجلوكوز <input type="checkbox"/> إعطاء أنسولين: <input type="checkbox"/> حقنة <input type="checkbox"/> قلم <input type="checkbox"/> مضخة	<input type="checkbox"/>	السكري
نوع النوبة: _____ تاريخ آخر نوبة مرضية: _____ الأدوية اللازمة في حالة الطوارئ في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا هل تم زرع جهاز VNS؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/>	النوبات المرضية

الفقرة C: الحالة الصحية الجسدية لطلاب حالياً:

الملاحظات (يرجى تزويدنا بالتفاصيل)	وضع علامة إذا نعم	الحالة
الطول/الوزن: _____ قدم _____ أنج _____ الوزن: _____ باوند	<input type="checkbox"/>	الطول/الوزن
	<input type="checkbox"/>	الحساسية (غير مهددة لحياة الإنسان)
	<input type="checkbox"/>	أمراض الدم
يعاني حالياً من نقص المناعة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/>	السرطان
	<input type="checkbox"/>	التلثيف الكيسي
	<input type="checkbox"/>	حالة صحية تتعلق بالأسنان/الفم
يرجى التحديد: _____	<input type="checkbox"/>	أمراض الأذن والأنف والحنجرة
	<input type="checkbox"/>	أضطراب الغدد الصماء (غير مرض السكري)
الأظعمة _____ أضطراب الهضم/الجهاز الهضمي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/>	عدم تحمل الطعام
	<input type="checkbox"/>	تفضيلات الأظعمة/الغذاء
	<input type="checkbox"/>	الجهاز الهضمي/المعدة/الأمعاء
	<input type="checkbox"/>	مشاكل السمع
	<input type="checkbox"/>	القلب/الأوعية الدموية
	<input type="checkbox"/>	أضطراب الكلى/المسالك البولية
	<input type="checkbox"/>	الصداع/صداع الشقيقة
	<input type="checkbox"/>	أمراض الرئة (ما عدا الربو)
	<input type="checkbox"/>	اعتلال الحركة

معلومات صحية

أكمل هذا النموذج في كل عام دراسي لإبلاغنا بالحالة الصحية الحالية للطلاب والمستجندات التي تؤثر على يومه الدراسي

الأسم الأخير	الأسم الأول	تاريخ الميلاد
الفقرة D: تابع الى الحالة الصحية الحالية:		
الحالة	ضع علامة إذا نعم	الملاحظات (يرجى تزويدنا بالتفاصيل)
العضلات/العظام/المفاصل/التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/>	يرجى التحديد:
الجهاز العصبي (ما عدا النوبات المرضية)	<input type="checkbox"/>	إصابات الدماغ/أرتجاج الدماغ/تاريخ التشخيص: _____ <input type="checkbox"/> شلل دماغي <input type="checkbox"/> أخرى:
حالة الجلد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أكزيما <input type="checkbox"/> أخرى:
مشاكل النظر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> عدسات لاصقة/نظارات <input type="checkbox"/> لا يمكن تصحيحه <input type="checkbox"/> أخرى:
حالات صحية أخرى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> توك <input type="checkbox"/> متلازمة داون <input type="checkbox"/> أخرى:
الحالات الصحية الأنفعالية/العقلية:		
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصه من قبل طبيب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> تحت العلاج <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
القلق	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصه من قبل طبيب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> تحت العلاج <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
الاكتئاب	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصه من قبل طبيب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> تحت العلاج <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
أضطرابات الأكل	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصه من قبل طبيب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> تحت العلاج <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
أخرى:	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصه من قبل طبيب <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> تحت العلاج <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
الفقرة E: الإجراءات الصحية:		
توفر دائرة الصحة في مقاطعة فيرفاكس معلومات الإحالة للموارد الطبية في المجتمع التي تقدم خدمات الفحص الطبي مجاناً. يرجى زيارة الموقع التالي: https://www.fairfaxcountv.gov/health/clinics . إذا كان طفلك يعاني من حالة صحية، هل يستلزم توفير أية إجراءات صحية أو هل يحتاج إلى أية أدوات خاصة خلال الأيام الدراسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> يرجى وصف الحالة إذا كانت الإجابة نعم:		
الفقرة F: أذكر كافة الأدوية و مقدار الجرعات التي يأخذها الطفل بشكل منتظم مع ذكر الجرعات الواجب أخذها في المدرسة:		
يتحمل أحد الوالدين أو الوصي الشرعي مسؤولية تزويد المدرسة بأية أدوية، أطعمة معينة، أو أدوات يمكن أن يحتاجها الطالب خلال اليوم. بإمكانكم إيجاد استمارات ترخيص إعطاء الأدوية، وإتخاذ الإجراءات، وأستمارات التربية الرياضية (PE) على الرابط https://www.fcps.edu/registration/forms أو الحصول عليها من العيادة الصحية في المدرسة.		
موافقة الوالدين: أوافق على أن يقوم مقدّم الرعاية الصحية لطفلي بمناقشة المعلومات الواردة في هذه الإستمارة مع كادر موظفين مدارس FCPS وممرضة الصحة العامة. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		
أسم الجهة المزودة بالرعاية الصحية	رقم هاتف الجهة المزودة بالرعاية الصحية	
أسم أحد الوالدين/الوصي الشرعي (كتابة يد أو طباعة)	توقيع أحد الوالدين/الوصي الشرعي	التاريخ
Public Health Nurse Use Only Below This Line		
<input type="checkbox"/> HIF Reviewed	<input type="checkbox"/> Follow Protocol (SH Care Emerg.-Temp. Care Guidelines)	<input type="checkbox"/> Health Condition List
<input type="checkbox"/> Mental Health Condition List	<input type="checkbox"/> Action Plan/Health Plan or Procedure	
Notes:		
.....		
.....		
.....		
.....		
Public Health Nurse Name	Public Health Nurse Signature	Date