



النسخة الإلكترونية هي النسخة المضبوطة وفق إجراء ضبط الوثائق. النسخ الورقية غير مضبوطة وتقع على مسؤولية حاملها.
يسمح بالوصول وبالاتفاظ بهذه الوثيقة مع مصدرها أو مع المسؤول عن تطبيقها أو مع المطبق عليهم.
تصنيف امن المعلومات: بيانات مفتوحة مشارك - خاص مشارك - حساس مشارك - سري

صورة
شخصية

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية 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:			
تاريخ الميلاد:			
الجنس:			
اسم ولي الأمر أو الوصي الشرعي:			
صلة القرابة:			
رقم الهاتف المتحرك (1):			
رقم الهاتف المتحرك (2):			
البريد الإلكتروني:			
الإمارة:			
في حال الطوارئ ولم تتمكن من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال بـ:			
الاسم: صلة القرابة:			
رقم الهاتف المتحرك:			
المرفقات المطلوبة:			
صورة من بطاقة الهوية	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	رقم بطاقة الهوية:
صورة من جواز السفر	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
بطاقة اللقاحات الأصلية أو صورة محدثة عنها	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
صورة من البطاقة الصحية (إن وجدت)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	رقم البطاقة الصحية (إن وجدت)
صورة من بطاقة التأمين الصحي (إن وجدت)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	

التاريخ الطبي للطالب/الطالبة			
الملاحظات	لا	نعم	المشاكل الصحية
			1 هل يعاني الطالب/الطالبة من أي حساسية دواء /أطعمة /أبخرة؟ يرجى ذكرها إن وجدت
			2 هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في القلب؟
			3 هل يعاني الطالب/الطالبة من مرض السكري؟
			4 هل يعاني الطالب/الطالبة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟
			5 هل الطالب/الطالبة مصاب بالربو؟

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
MP_0.0.0_F00	01	Jan 01, 2024	Jan 01, 2024	Jan 01, 2027	1/2



6	هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في الكلى؟
7	هل يعاني الطالب/الطالبة من نوبات صرع أو نوبات تشننج؟
8	هل يعاني الطالب/الطالبة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟
9	هل الطالب/الطالبة مصاب بمرض أنيميا الفول (G6BD) تكسر الدم؟
10	هل الطالب/الطالبة مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الأنيميا المنجلية، الهيموفيليا)? يرجى ذكر المرض إن وجد
11	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل جلدية؟
12	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل في العيون (طول نظر أو قصر نظر)? يرجى ذكر المرض إن وجد
13	هل يعاني الطالب/الطالبة من مشاكل في السمع
14	هل يستخدم الطالب/الطالبة أجهزة طبية مساعدة؟ ما هي؟
15	هل سبق أن أجريت للطالب/الطالبة عمليات جراحية؟ ما هي إن وجدت؟
16	هل أدخل الطالب/الطالبة للمستشفى من قبل؟ اذكر السبب في حال كانت الإجابة نعم
17	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
18	هل تعرض الطالب/الطالبة لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما في السابق؟
19	هل أصيب الطالب/الطالبة بأحد الأمراض التالية: (النكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال الديكي، الجدري المائي، السل)? يرجى ذكر المرض إن وجد
20	هل أصيب الطالب/الطالبة بعدوى التهاب الكبد الفيروسي؟
21	هل أصيب الطالب/الطالبة بعدوى شلل الأطفال؟
22	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل نفسية أو سلوكية؟ يرجى ذكرها إن وجدت
23	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل أو أمراض أخرى لم يتم ذكرها؟ يرجى ذكر المرض إن وجد

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: الجرعة:

الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ

اسم الدواء: .. الجرعة:

توصيات محددة من قبل الطبيب المعالج تتعلق بالتغذية

.....

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#
MP_0.0.0_F00	01	Jan 01, 2024	Jan 01, 2024	Jan 01, 2027	2/2

تاريخ العائلة الصحي				
ملاحظات	لا	نعم	المشكلات الصحية	
			أمراض القلب و ضغط الدم	1
			مرض السكري	2
			أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الأنيميا المنجلية، وغيرها.....)	3
			أمراض السرطان	4
			أمراض الجهاز المناعي	5
			مشكلات الصحة النفسية	6
			أخرى، حدد	7
<p>أنا الموقع أدناه أوافق 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.</p>				
<p>إقرار ولي الأمر أو الوصي الشرعي بصحة المعلومات الواردة في الاستمارة والموافقة على تقديم خدمات علاجية و/أو وقائية</p> <p><input type="checkbox"/> أقر أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة</p> <p><input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه</p> <p><input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء الخدمات الصحية المشار إليها أعلاه (في حال عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن يستطيع الطاقم الطبي المدرسي تقديم هذه الخدمات عند الحاجة لها الا في الحالات الطارئة القصوى التي تلزم التدخل السريع)</p> <p>اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي: صلة القرابة:</p> <p>توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي: التاريخ:</p>				
ملاحظات:				
<ul style="list-style-type: none"> يرجى إرفاق كافة التقارير الطبية الخاصة بالحالة الصحية للطالب/الطالبة إن وجدت إن من مسؤولية ولي أمر الطالب/الطالبة ابلاغ عيادة الصحة المدرسية عن أي تغيير في الحالة الصحية للطالب/الطالبة ورفاق التقارير اللازمة لإضافتها إلى الملف الصحي. يرجى طلب تحديث الاستمارة الصحية/و نموذج الموافقة العامة في بداية كل عام دراسي جديد و كلما لزم الامر 				

في حال وجود استفسار الرجاء الاتصال بممرض أو طبيب المدرسة

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
MP_0.0.0_F00	01	Jan 01, 2024	Jan 01, 2024	Jan 01, 2027	3/2