

إستمارة الملف الطبيّ

هذه الإستمارة الطّبيّة يملأها الوالدان و تحفظ بسريّة تامّة.

أ- معلومات شخصيّة:

الإسم: _____ الشهرة: _____

تاريخ الولادة: _____ فئة الدم: _____

إسم وشهرة الشخص الوصي: _____

أرقام الهاتف: المنزل: _____ خلويّ الأب: _____ خلويّ الأم: _____

أرقام الهاتف: عمل الأب: _____ عمل الأم: _____

الشخص الذي يجب الاتّصال به في حالات الطوارئ:

إسمه وشهرته: _____ صلته: _____ رقم هاتفه: _____

ب- المعلومات الطّبيّة:

١- يرجى وضع إشارة إذا كان ولدكم يعاني من حالة صحّيّة واردة أدناه:

روماتيزم أمراض في الجهاز التنفّسي (ربو) أمراض في الجهاز التنفّسي (ربو)

أمراض في المسالك البوليّة أمراض القلب

داء النّقطة (هزّة الحيط) سكّري

سمع نظر

حساسية

٢- حالات مرضيّة أخرى:

٣- العمليّات الجراحية التي خضع لها الولد (نوعها و تاريخ إجرائها):

٤- يرجى رفق الملف بصورة عن دفتر الولد الصّحيّ تشير إلى برنامج اللقّاحات الذي يتّبعه :

إسم الطيب المعالج : _____ رقم هاتفه : _____

٥- علاج حالّي: (نوع الدواء، أوقات تناوله، عدد الجرعات)

إسم الطيب المعالج : _____ رقم هاتفه : _____

٦- علاج خاص : فيزيائي إسم المعالج : _____ رقم هاتفه : _____
 تقويم نطق إسم المعالج : _____ رقم هاتفه : _____
 نفسي إسم المعالج : _____ رقم هاتفه : _____
 غيره : _____ إسم المعالج : _____ رقم هاتفه : _____

يرجى إعلام المدرسة بالموانع و الإجراءات التي علينا اتّباعها تجاه التلميذ: نظام غذائيّ، رياضة، مشكلة نظر...

في : _____ التوقيع : _____

ملاحظة مهمّة : لا تستطيع ممرضة المدرسة إعطاء الدواء أو العلاج الذي وصفه الطبيب للولد إلا بموجب نسخة عن وصفة الطبيب .

إذن الإستشفاء:

أنا الموقع أدناه، (إسم الوصيّ القانونيّ وشهرته) _____ أسمح لإدارة المدرسة في الحالات الطارئة والملحة بأخذ التدابير المناسبة ومنح التلميذ المذكور اسمه أعلاه العناية الطبيّة اللازمة في حال تعذر أو استحالة الاتّصال بي بشتّى الطرق.

ملاحظة : في حال ضرورة اللجوء إلى المستشفى يتمّ نقل التلميذ إلى أقرب مستشفى .

التوقيع : _____