



اسم المدرسة:

الدرجة: _____
رقم فاكس المدرسة:

مدينة مانشستر
قسم الشؤون الصحية
التاريخ المرضي للطالب

الاسم: (القانوني الكامل) _____ تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____ الجنس: ذكر ___ أنثى ___

عيون وأذن وأنف وحنجرة

- ارتداء نظارات طبية _____
ثلاث إصابات بعدوى في الأذن أو أكثر أثناء أول 3 سنوات من العمر _____
أنابيب في أذنه/أذنها _____
فقدان السمع/وسيلة مساعدة على السمع _____
التهاب في الحلق مرتان أو أكثر في السنة _____
تكرار النزيف من الأنف _____
حساسية الجلد
مشاكل الطفح الجلدي _____
حساسية أو ردود الفعل تجاه الأدوية أو الحقن _____
حساسية أو رد فعل للدغ النحل أو لسع الحشرات _____
الحساسية للأطعمة / الأصباغ _____
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: _____
هل حصل طفلك على علاج من أجلها؟ نعم ___ لا ___
اسم الدواء (الأدوية) _____

معدى معوى

هل يحصل طفلك على أي مما يلي؟

- فقدان الشهية _____
العطش المفرط _____
الأم المعدة المتكررة _____
الإسهال المتكرر _____
مشكلة مع الإمساك _____
مشكلة في الكلى _____
مشكلة في البول _____
التحكم في المثانة أو الأمعاء في النهار أو الليل _____
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: _____

مشكلات وأمراض أخرى

هل كان طفلك يعاني من أي حالات السلس في أي وقت مضى؟

- جدري الدجاج. تاريخ المرض _____
حوادث أو إصابات خطيرة _____
كسر في العظام _____
الاستشفاء خلال الليل، بخلاف الولادة _____
اختبارات خاصة للمشكلات الصحية _____
جراحة _____

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: _____

هل عاش طفلك في منزل تم بناؤه قبل عام 1950 وبه طلاء تقشيري؟

نعم ___ لا ___

هل سبق إجراء اختبار على طفلك من حيث التسمم

بالرصاص؟

هل سبق معالجة طفلك من التسمم بالرصاص؟

التاريخ

قام بالمراجعة (ممرضة المدرسة)

الحمل والولادة

هل كانت هناك أية اضطرابات صحية أثناء الحمل؟

نعم ___ لا ___

هل كانت هناك أية مضاعفات أثناء ولادة أو توليد الطفل؟

نعم ___ لا ___

ما هي هذه المضاعفات؟

(ولادة مبكرة / وزن الولادة _____)

نقص الأكسجين (لا يحصل الطفل على ما يكفي من الأكسجين)

ارتفاع/مقدمة ارتفاع (ارتفاع ضغط دم الأم) / تسمم الدم (تورم)

ولادة قيصرية

متلازمة ضيق التنفس

العقي (مادة داكنة تخرج من بطن المولود عند ولادته أو عند اقترابها)

هل أصيب طفلك بمرض أثناء أول 3 شهور من حياته؟

نعم ___ لا ___

الصحة العامة والرعاية الصحية

بصفة عامة، ما رأيك في صحة طفلك؟

ممتازة ___ جيدة جداً ___ جيدة ___

معتدلة ___ متدهورة ___

هل أبلغك الطبيب / مقدم الرعاية الصحية أن طفلك يعاني من أي مما يلي؟

السكري

الربو

أمراض القلب الخلقية

متلازمة داون

الشلل الدماغي

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADD أو

ADHD)

التأخر العقلي

إعاقة التعلم

تأخر النمو

فقر الدم المنجلي

النوبات

هل يتناول طفلك أي دواء؟ نعم ___ لا ___

اسم الدواء (الأدوية) _____

هل سبق أن تم تقييم سلوك طفلك؟

نعم ___ لا ___ IEP ___ خطة 504 ___

التاريخ

توقيع الوالد / ولي الأمر



مدينة مانشستر

وزارة الصحة - قطاع صحة المدارس

إذن بالإفصاح عن المعلومات السرية وتداولها

أمنح بموجب هذا الترخيص إثباتاً بتداول المعلومات المدرجة أدناه بين موظفي وزارة الصحة في مانشستر و:

اسم مقدم الرعاية/ المؤسسة: _____ الهاتف: _____

عنوان مقدم الرعاية: _____ الفاكس: _____

اسم الطالب: _____ تاريخ الولادة: _____

العنوان _____ المدرسة _____

المعلومات التي يتم تداولها (ضع دائرة حول كل ما ينطبق):

الظروف الطبية التطعيمات إجراء (إجراءات) الفحص البدني النتائج المعملية

للدن نتائج مادة الرصاص نتائج الهيموغلوبين/ الهيماتوكريت

أخرى: _____

وأوافق على الإفصاح عن المعلومات المذكورة أعلاه. كما أُخوّل لموظفي وزارة الصحة في مانشستر مشاركة أي معلومات صحية (بما في ذلك التشخيص والعلاج) ذات صلة بالتقدم الطبي للطالب المذكور أعلاه مع مقدمي الرعاية الصحية و/ أو موظفي المدرسة الذين قد يتم إحالتي أنا أو طفلي إليهم. وأعلم أنه قد يتم إلغاء هذا الإفصاح في أي وقت من خلال طلب كتابي إلى المقدم المذكور أعلاه. كما أعلم أنه يحق لي طلب نسخة موقعة من هذا الإفصاح.

وأكملت هذا النموذج للأسباب الآتية (يرجى وضع دائرة حول أحدها):

طالب فوق 18 سنة

الوصي القانوني

الأب/ الأم

التاريخ

توقيع الأب/ الأم/ الوصي القانوني/ الطالب

ويكون هذا الترخيص ساري المفعول للسنة الحالية: _____ التاريخ

التاريخ

يُرجى إرسال السجلات إلى: _____

تنبيه: _____

P-1 إذن بالإفصاح عن المعلومات السرية وتداولها لعام 2018-2019