

Traduction arabe du formulaire "Questionnaire sur l'état de santé
(2^e année d'école enfantine et 4^e année d'école primaire)" / Edition 2021

إستمارة أسئلة حول الوضع الصحي
(السنة الثانية لرياض الأطفال والسنة الرابعة للمدارس الابتدائية)

إلى كل الوالدين

تحية طيبة،

سيتم قريبا إجراء الفحص الطبي المدرسي الإلزامي من طرف طبيب أو طبيبة المدرسة.

يمكن إعفاء طفلكم من هذا الفحص الطبي في حال تقديم شهادة صادرة عن طبيب أو طبيبة الأسرة تثبت أنه تم إجراء هذا الفحص الطبي أو تم تحديد موعد لهذا الغرض. يجب تقديم مثل هذه الشهادة لدى طبيب أو طبيبة المدرسة أسبوعا قبل موعد الفحص الطبي المدرسي. في حال عدم توفر هذه الشهادة يوم الفحص الطبي الإلزامي فسيجري طبيب أو طبيبة المدرسة الفحص الطبي الإلزامي هذا.

بالنسبة للأطفال في رياض الأطفال فمن المهم ومن المستحسن أن يكون أحد الوالدين حاضرا أثناء هذا الفحص وكذلك الشأن بالنسبة لأطفال الصف الرابع ابتدائي فمن المستحسن أن يرافقهم أحد الوالدين.

لغرض الفحص الطبي يجب إحضار ما يلي:

- الاستمارة مع الإجابة على كل الأسئلة حول الوضع الصحي ووضعها في ظرف مغلق.
- النظارات، في حالة وجودها.
- بطاقة التطعيم.
- الموافقة الكتابية الموجودة على استمارة "التطعيمات الضرورية" وبطاقة صندوق التأمين الصحي إذا رغبتم في إجراء تطعيمات اختيارية لازمة لأطفالكم.

أثناء الفحص الطبي الإلزامي يمكن لطبيب أو طبيبة المدرسة بطلب من الوالدين وبعد أخذ موافقتهم إجراء فحوصات طبية أخرى أو تقديم النصائح والاستشارات في حال وجود أية إشكاليات صحية. يجب على الوالدين أن يوقعوا على هذه الاستمارة إقرار بموافقتهم على إجراء هذه الفحوصات الإضافية. يجب تقديم هذه الموافقة إلى طبيب أو طبيبة المدرسة يوم الفحص الطبي الإلزامي.

أنظر ظهر الصفحة!

الاسم العائلي: _____ . الاسم الأول: _____ تاريخ الميلاد: _____
شارع: _____ الرمز البريدي/المكان: _____
الاسم الأول والاسم العائلي للوالدين: _____ رقم الهاتف: _____

أعلى مستوى تعليمي
المدرسة الإلزامية (المدرسة الإعدادية، الثانوية، التوجيهية، لذوي الاحتياجات الخاصة)
التأهيل المهني، الثانوية المهنية، الثانوية، المدرسة الإعدادية المتخصصة (المستوى الثانوي II)
مدرسة عليا، مدرسة عليا مختصة، الجامعة، الدكتوراة (المستوى الجامعي)

الأم	الأب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المهنة الحالية للأب: _____
المهنة الحالية للأم: _____
سنة ميلاد الإخوة: _____ الأخوات: _____

1. معلومات حول تطور الطفل وأمراضه السابقة

يجب الاجابة على هذه الاسئلة إذا لم تتم الإجابة عنها أثناء فحص سابق أو إذا طرأت أية تغييرات.

هل أجريتم في السنتين الأخيرتين فحوصات طبية وقائية لأطفالكم عند طبيب أو طبيبة الأطفال؟
في أي سن بدأ طفلك يمشي؟ _____ يتكلم؟ _____

نعم لا

الأمراض التي أصيب بها طفلك سابقا:

<input type="checkbox"/>	لا	إلتهاب الأذن الوسطى أكثر من مرة
<input type="checkbox"/>	لا	إلتهاب اللوزتين أكثر من مرة
<input type="checkbox"/>	لا	الحصبة
<input type="checkbox"/>	لا	النكاف
<input type="checkbox"/>	لا	الحصبة الألمانية
<input type="checkbox"/>	لا	الحمق
<input type="checkbox"/>	لا	السعال الديكي

في أي سن؟
في أي سن؟
في أي سن؟
في أي سن؟
في أي سن؟

هل تعانون من أمراض مزمنة؟ (ما هي؟ منذ متى؟):

هل تعانون من مخلفات حادث ما؟ (ما هي؟ منذ متى؟):

2. معلومات حول وضعكم الصحي الحالي

هل تعانون من المشاكل أو الأوجاع التالي ذكرها؟ (ضعوا علامة في الخانة المناسبة)

[]	اضطراب الرؤية	[]	آلام الظهر	[]	وجع البطن
[]	اضطرابات الحركة	[]	آلام في الجهاز القلبي الوعائي	[]	توتر عصبي
[]	ربو/مرض الرئة	[]	أرق	[]	نوبات غضب
[]	مشاكل في الوزن	[]	حساسية	[]	حالات فزع
[]	مرض جلدي	[]	اضطرابات لغوية	[]	مشاكل غيرة
[]	اضطرابات السمع	[]	آلام المفاصل	[]	التبول الليلي

هل تعانون من مشاكل أو أمراض أخرى؟ إذا كان الأمر ذلك، ما هي تلك المشاكل أو الأمراض؟

هل أنتم بصدد متابعة علاج طبي؟ إذا كانت الإجابة بنعم فما هو السبب؟ وعند من؟
