

استمارة فحص اللياقة

| البيانات الشخصية | | | |
|--|---|---|---|
| الاسم بالكامل | رقم الهوية | | |
| الجنس | اسم ولي الأمر | | |
| تاريخ الميلاد | الجنس | | |
| الجنسية | المنطقة | | |
| اسم المنشأة الطبية | رقم هاتف ولي الأمر | | |
| التاريخ المرضي | | | |
| <input type="checkbox"/> | عيوب خلقية | <input type="checkbox"/> | أمراض القلب |
| <input type="checkbox"/> | استخدام نظارات طبية أو عدسات لاصقة | <input type="checkbox"/> | أمراض عصبية |
| <input type="checkbox"/> | إصابات وإعاقة | <input type="checkbox"/> | فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط (التلاسيميا) |
| <input type="checkbox"/> | الصرع | <input type="checkbox"/> | مشاكل سمعية |
| <input type="checkbox"/> | أخرى : | <input type="checkbox"/> | الأنيميا المنجلية |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| التطعيمات المكتملة | | | |
| إكمال التطعيمات الأساسية وفق برنامج التطعيم | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | إكمال التطعيمات قبل السن المدرسي 4 - 6 | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| القياسات | | | |
| الوزن بالكجم | مؤشر المنين لكتلة الجسم | | |
| الطول بالسلم | | | |
| الفحوصات السريرية | | | |
| الرأس والرقبة | الجهاز التنفسي | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> |
| الجهاز العصبي | الجهاز العظمي والأطراف | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> |
| الجهاز الدوري | الجهاز الهضمي | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> |
| الجهاز الحركي | | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> |
| فحص النظر - فحص النطق | | | |
| كشف حدة النظر | فحص النطق | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | |
| العين اليمنى | | / | |
| العين اليسرى | | / | |
| استخدام النظارة الطبية | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| فحص السمع (إجراء فحص السمع عند شدة 25 ديسبل) | | | |
| 500 | الأذن اليسرى - هل يتم سماع الصوت عند تردد : | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | 500 |
| 1000 | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | 1000 |
| 2000 | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | 2000 |
| 4000 | | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | 4000 |
| هل الطالب يستخدم سماعة طبية | نتيجة الفحص | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |
| فحص الأسنان | | | |
| عدد الأسنان المخلوعة | عدد الأسنان المحشوة | | |
| عدد الأسنان المتسوسة | مؤشر DMFT | | |
| فحص الأسنان | سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/> | | |

نتيجة الفحص

سليم ويحال للتعليم العام سليم ويحال إلى التربية الخاصة بوزارة التعليم

| | | |
|------------|---------|---------|
| اسم الفاحص | التوقيع | التاريخ |
|------------|---------|---------|