

استمارة فحص اللياقة



المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
وكالة الصحة العامة
الوكالة المساعدة لرعاية الصحة الأولية
الإدارة العامة للصحة المدرسية

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			
المخري	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> عيوب خلقية	<input type="checkbox"/>
الربو	<input type="checkbox"/> أمراض عصبية	<input type="checkbox"/> استخدام نظارات طبية أو عدسات لإصفاة	<input type="checkbox"/>
مشاكل نفسية / عصبية	<input type="checkbox"/> فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط (الثلاسيميا)	<input type="checkbox"/> إصابات وإعاقة	<input type="checkbox"/>
حساسية أنوية	<input type="checkbox"/> مشاكل سمعية	<input type="checkbox"/> الصرع	<input type="checkbox"/>
حساسية أغذية	<input type="checkbox"/> الأنيميا المتجلية	<input type="checkbox"/> أخرى :	<input type="checkbox"/>
التطعيمات المكتمة			
إكمال التطعيمات الأساسية وفق برنامج التطعيم	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إكمال التطعيمات قبل السن العمرى 4 - 6	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
القياسات			
الوزن بالكيلو		مؤشر كتلة الجسم	
الطول بالسلم			
الفحوصات السريرية			
الرأس والرقبة	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الجهاز التنفسي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الجهاز العصبي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الجهاز العضلي والأطراف	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الجهاز الدوري	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الجهاز الهضمي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الجهاز الحركي	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>		
فحص النظر - فحص النظر			
كثف حدة النظر	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	فحص النظر	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 نيسبل)			
500	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الآن اليسرى - هل يتم سماع الصوت عند تردد :	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	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نتيجة الفحص	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
فحص الأسنان			
عدد الأسنان المخلوطة		عدد الأسنان المخلوطة	
عدد الأسنان المدبوسة		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 الطالب	التوقيع	التاريخ	