

## 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"/> الإيميا 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"/>	الاجهز التنفسية	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الاجهز العصبية	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاجهز العظمية والأطراف	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الاجهز الدورى	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>	الاجهز الهضمية	سليم <input type="checkbox"/> غير سليم <input type="checkbox"/>
الاجهز الحركية	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 المخلوعة		عدد الأسنان المخلوعة	
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	