

## نموذج الفحص الاستكشافي للطلبة الصف الأول ابتدائي

### \*بيانات الطالب/ة

رقم الهوية/الإقامة:

اسم الطالب/ة (رباعي):

الرقم الوزاري:

اسم المدرسة:

رقم الجوال:

اسم ولي الأمر:

### \* التاريخ المرضي (تعبئ بواسطة استمارة تقصي التاريخ المرضي للطالب من قبل ولي الأمر)

- لا يوجد     الربو     السكري     الأنيميا المنجلية     التلاسيميا  
 الصرع     إصابات وإعاقة     أمراض عصبية     عيوب خلقية     أمراض القلب  
 مشاكل سمعية     مشاكل نفسية     حساسية دوائية     حساسية غذائية  
 أخرى ( حدد )

### \*التطعيمات

- لا     نعم (وفق برنامج التطعيم)  
 - في حالة عدم إكمال إحدى التطعيمات يجرى تحديدها من التطعيمات التالية:  
 OPV    Varicella    MMR    DtwP Td

### \*فحص تسوس الأسنان

هل يوجد تسوس أسنان؟

- لا     نعم

### \*قياس مؤشر كتلة الجسم

الوزن	كف	الطول	سم	مؤشر كتلة الجسم BMI
النتيجة	نحافة	طبيعي	زيادة وزن	سمنة

### \* فحص السمع

1- هل الطالب مرشح من قبل معلم الفصل لإجراء الفحص بناء على المعايير الموجودة في الدليل:

نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم يتم فحص الطالب بجهاز الاوديوميتر وتسجل النتائج في الجدول أدناه :

النتيجة		الترددات			الأذن
غير لائق	لائق	4000	2000	1000	
					اليمين
					اليسار
<p>شدة الصوت المستخدمة : 20 ديسيبل</p> <p>العلامات : يستجيب (√) لا يستجيب (x)</p> <p>نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/></p> <p>الطالب يستخدم سماعة</p>					

### \* الكشف عن حدة النظر

استخدام نظارات طبية		ضعف حدة النظر		طبيعي	
لا <input type="radio"/>	نعم <input type="radio"/>	لا يرتدي (نظارة طبية/عدسات لاصقة)	لا يرتدي (نظارة طبية/عدسات لاصقة)	العين اليسرى	العين اليمنى
				6 /	6 /
				6 /	6 /

الرقم الوظيفي :

الرقم الوظيفي :

الرقم الوظيفي :

اسم الطبيب/ة :

اسم طبيب/ة الأسنان :

اسم الممرض/ة :