

مرفق (1) نموذج فحص اللياقة

استمارة فحص اللياقة

البيانات الشخصية					
الاسم بالكامل	رقم الهوية				
تاريخ انتهاء الإقامة لغير السعودي	الجنسية				
تاريخ الميلاد	الجنس				
اسم ولي الأمر	رقم هاتف ولي الأمر				
اسم المنشأة الطبية	المنطقة				
التاريخ المرضي					
<input type="checkbox"/> السكري	<input type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> أمراض عصبية		
<input type="checkbox"/> عيوب خلقية	<input type="checkbox"/> مشاكل سمعية	<input type="checkbox"/> إصابات وإعاقة	<input type="checkbox"/> مشاكل نفسية / عصبية		
<input type="checkbox"/> حساسية أنوية	<input type="checkbox"/> حساسية أوعية	<input type="checkbox"/> استخدام نظارات طبية أو عدسات لاصقة	<input type="checkbox"/> الأنيميا المنجلية		
عمليات جراحية سابقة:					
الأنوية المستخدمة حالياً:					
أخرى:					
التاريخ المرضي للمعدة					
<input type="checkbox"/> السكري	<input type="checkbox"/> أمراض القلب	<input type="checkbox"/> الأنيميا المنجلية	<input type="checkbox"/> فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط (الثلاسيميا)		
التطعيمات المكتسبة					
إكمال التطعيمات الأساسية وفق برنامج التطعيم	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	إكمال التطعيمات قبل السن المدرسي 4-6		
سبب عدم إكمال التطعيمات					
<input type="checkbox"/> عدم توفر التطعيمات في المنشأة الصحية	<input type="checkbox"/> وجود موانع طبية للتطعيم	<input type="checkbox"/> عدم موافقة ولي الأمر	أخرى:		
القياسات					
الوزن بالكيلو	الطول بالسلم	مؤشر الكتلة الجسم			
الملاحظات السريرية					
الرأس والرقبة	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الآذن اليسرى		
الآذن اليسرى	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الآذن اليمنى		
الآذن اليمنى	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجزء العظمي والأطراف		
الجزء العظمي والأطراف	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	الجزء الهضمي		
الجزء الهضمي	<input type="checkbox"/> سليم	<input type="checkbox"/> غير سليم	فحص النظر		
العين اليمنى		العين اليسرى		/	
استخدام النظارة الطبية		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		كشف حدة النظر	
فحص السمع (إجراء فحص السمع عند حدة 20 ديسيبل)					
1000 Hz	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	2000 Hz	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
2000 Hz	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	4000 Hz	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
4000 Hz	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل الطالب يستخدم سماعة طبية		
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			نتيجة الفحص		
فحص السنتنق - فحص الأسنان					
فحص السنتنق		هل يوجد تسوس بالأسنان؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
بيانات الفحص					
الاسم	التاريخ				
نتيجة الفحص					
<input type="checkbox"/> سليم ويحال للتعليم العام			<input type="checkbox"/> سليم ويحال إلى التربية الخاصة بوزارة التعليم		