



بطاقة إرشادات صحية لتلاميذ السنة الأولى من التعليم الأساسي (تعمر من قبل الولي والطبيب المباشر)

إرشادات عامة :

اسم التلميذ ولقبه:

تاريخ ومكان الولادة: الجنسية:

العنوان:

هل كان الطفل مرصما؟ بروضة أطفال: بكتاب: بسنة تحضيرية بمدرسة ابتدائية: لا

اسم المؤسسة وعنوانها:

هل هناك قرابة بين الأب والأم؟ لا نعم حددها:

اسم الأب: سنة الولادة: المهنة:

هل هو على قيد الحياة؟ نعم لا

هل هو؟ يعيش مع أسرته: نعم لا مطلق: نعم لا مقيم بالخارج: نعم لا

هل يتعاطى؟ نعم لا السجائر: نعم لا الكحول: نعم لا

اسم الأم: سنة الولادة: المهنة:

هل هي على قيد الحياة؟ نعم لا

هل هي؟ تعيش مع أسرتها: نعم لا مطلقة: نعم لا مقيمة بالخارج: نعم لا

هل تتعاطى؟ نعم لا السجائر: نعم لا الكحول: نعم لا

عدد الإخوة والأخوات على قيد الحياة: الذكور الإناث

عدد الإخوة والأخوات المتوفيين: الذكور الإناث

سبب الوفاة:

عدد الإخوة والأخوات الذين: يزولون تعليمهم انقطعوا عن الدراسة

عدد الغرف المعدة للسكن:

مصدر الماء الصالح للشرب: حنفية في البيت حنفية عمومية بئر مصدر آخر اذكره

الهيكل الصحي المشرف على مراقبة الطفل صحيا:

أو الطبيب الخاص المباشر:

إرشادات عن الولادة :

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية مشاكـل صحية اذكرها :

(السكري،...)

مكان الولادة : المنزل المستشفى مصحة خاصة

تمت الولادة : في أوانها قبل أوانها

الولادة : عادية غير عادية (forceps, césarienne,...) اذكرها :

الحالة الصحية للطفل عند الولادة : عادية غير عادية (cyanose, réanimation...) اذكرها :

هل كانت عند الطفل تشوهات خلقية: لا نعم اذكرها (Bec de lièvre, spina-bifida, luxation cong. Hanche, ...) :

الأمراض التي تعرض لها الطفل :

* هل أصيب الطفل أو هو مصاب بأحد الأمراض التالية (اذكر العمر والتاريخ) ؟

..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- أوجاع المفاصل (arthralgies) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- الحصبة (rougeole)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- الروماتيزم (maladies rhumatismales) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- بوعبة (oreillons)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- أمراض القلب (maladies cardio-vasculaires) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- بوزقار (varicelle)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- أمراض الكلى (maladies rénales) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- التهاب السحايا (méningite)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- أمراض الرئة (maladies broncho-pulmonaires) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- التخديم (convulsions)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- الربو (الفدة) (asthme) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- الصرع (épilepsie)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- الصفرة (eczéma) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- مرض السكري (diabète)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- حساسية (allergie) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- تثـلث صبغـي (Trisomie)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- خلل في الغدد الصماء (maladies endocriniennes) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- عاهة صبغوية أخرى (autres anomalies chromosomiques)
..... <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا اذكرها :	- أمراض أخرى (autres pathologies) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- مرض الأذنين المتكرر (otites à répétition)
.....	 <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	- مرض الحنجرة المتكرر (angines à répétition)

* الإقامة بالمستشفى (أو بمصحة خاصة) أو العمليات الجراحية ؟

..... نعم لا اذكر تاريخ وأسباب ومدة الإقامة:

.....

..... نعم لا اذكر التاريخ والأسباب :

.....

..... عنوان المستشفى أو المصحة الخاصة :

الحالة الصحية الحالية للطفل :

* هل يعاني الطفل من ؟

- | | |
|---|---|
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - حساسية للدواء أو لطعام ما
(allergie médicamenteuse ou alimentaire) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - مخلفات التكسير
(séquelles de fracture) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - عواقب عملية جراحية
(séquelles d'intervention chirurgicale) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - قصور عضوي حركي
(déficiency motrice) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - قصور بصري
(déficiency visuelle) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - قصور سمعي
(déficiency auditive) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - بكم أو تأخر في النطق أو الكلام أو التراجع في التعبير
(mutisme, retard de la parole ou du langage, régression de l'expression) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - سقوط بكثرة أو فقدان التوازن أو اضطراب في المشي أو عرج
(chutes fréquentes, perte de l'équilibre, troubles de la marche, boiterie) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - صداع مزمن
(céphalées chroniques) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - آلام أو سيلان في الأذن
(otalgies ou écoulement de l'oreille) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - آلام في البطن أو في المعدة
(douleurs abdominales ou gastriques) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - فقر الدم
(anémie) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - صعوبة في التنفس
(difficultés respiratoires) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - اضطرابات العضلات العاصرة (تبول لا إرادي،...)
(troubles sphinctériens : énurésie, fuite diurne, encopréisie) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - اضطرابات أو مشاكل صحية أخرى (تخلف ذهني، إعاقة،...) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | * هل يتناول الطفل حالياً أدوية ؟ |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | * هل يتلقى الطفل حالياً علاجاً وظيفياً ؟ |

الحالة الصحية للعائلة والأقارب (اذكر درجة القرابة) :

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - الصمم
(surdité) | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - السكري
(diabète) |
| : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - مرض وراثي
(maladie héréditaire) | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - ضغط الدم
(hypertension artérielle) |
| : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - تخلف ذهني
(retard mental) | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - فقر الدم
(anémie) |
| : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - مرض خلقي
(maladie congénitale) | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - الفدة
(asthme) |
| : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - مرض نفسي
(maladie psychiatrique) | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - حساسية
(allergie) |
| : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - أمراض أخرى (إعاقة، ..) | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - السمنة
(obésité) |
| | | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - البكم
(mutisme) |

الوضع الاجتماعي والنفسي للطفل

- * رتبة الطفل بين الإخوة :
- * يقيم الطفل عادة مع : والدته والده والدته شخص آخر اذكر قرابته
- * علاقة الطفل مع العائلة : عادية صعبة
- * السلوك العام للطفل : عادي صعب هدوء مفرط أو خمول
- عدم الاستقرار سريع الإنفعال أو تهيج معاكسة كبت سهو
- * تناول الأكل : عادي صعب شاهية مفرطة
- * نوعية النوم : جيد يفيق في الليل أحلام مزعجة يتبول في فراشه يشخر
- * النظام الزمني المكاني : (organisation temporo-spatiale) لا نعم يربط خيط حدائه بمفرده ؟ لا نعم

* معلومات إضافية تعتقد أنها قد تفيد الطبيب المدرسي :

التاريخ التاريخ التاريخ

إسم الطبيب المباشر ولقبه
وختمه وإمضاؤه

إمضاء الوالي
الأب الأم

إسم الطبيب المدرسي ولقبه
وختمه وإمضاؤه

* توضع علامة (X) داخل الخانة المناسبة

الرجاء من الأولياء الاصطحاب بدفتر "صحة الأم والطفل" الخاص بالتلميذ