

نموذج الفحص الاستكشافي (الأول المتوسط)

*بيانات الطالب/ة

اسم الطالب/ة: رقم الهوية/الإقامة:

تاريخ الميلاد: / / ١٤ هـ

*التاريخ المرضي

- لا يوجد الربو السكري الأنيميا المنجلية التلاسيميا
 الصرع حساسية أمراض عصبية استخدام نظارات طبية أو عدسات لاصقة
 مشاكل سمعية مشاكل نفسية أمراض القلب عيوب خلقية إصابات وإعاقة
 أخرى (حدد)

*الكشف الطبي العام

- الرأس والرقبة سليم غير سليم
 -الجهاز الدوري سليم غير سليم
 -الجهاز التنفسي سليم غير سليم
 -الجهاز العظمي والأطراف سليم غير سليم
 -الجهاز العصبي سليم غير سليم
 -الجهاز الحركي سليم غير سليم
 -الجهاز الهضمي سليم غير سليم

*التطعيمات

- تطعيمات الإنفلونزا نعم لا
 -تطعيمات التهاب السحايا MCV4 نعم لا

*فحص الأسنان

عدد الأسنان المخلوعة	عدد الأسنان المحشوة
عدد الأسنان المتسوسة	تطبيق الفلورايد
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم

*القياسات

الطول/الوزن	متر	كجم	مؤشر كتلة الجسم
حدة النظر	يمين: ٦/	يسار: ٦/	استخدام نظارات
<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم

*الكشف المبكر (*إذا كانت الحالة إيجابية يعىب النموذج الخاص بها)

- الكشف المبكر اعوجاج السلسلة الفقارية سليم غير سليم
 -الكشف المبكر للتدخين* نعم لا
 -فقدان الرغبة والمتعة في عمل الأشياء* ولا مرة بعض الأيام أكثر من نصف الأيام تقريباً كل الأيام
 -الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو فقدان الأمل* ولا مرة بعض الأيام أكثر من نصف الأيام تقريباً كل الأيام
 *في حالة الإجابة على أحد السؤالين الخاصين بالاكتئاب بغير (ولا مرة) يكمل نموذج (الكشف المبكر للاكتئاب)

*الإحالة للمركز الصحي

- عيادة التطعيم عيادة الأمراض المزمنة عيادة الأسنان عيادة العيون
 -أسباب التحويل:.....