



كلية فاطمة للعلوم الصحية
FATIMA COLLEGE OF HEALTH SCIENCES

استمارة اللياقة الصحية الخاصة بالطالب

* لتوفير أفضل رعاية صحية ورعاية طارئة يرجى ملء هذه الاستمارة بدقة تامة. (تملى من قبل الطالب وولي أمره)

اسم الطالب: _____
رقم الطالب: _____
تاريخ الميلاد: _____
الجنسية: _____
رقم الهاتف المتحرك: _____
الجنس: ذكر أنثى

عنوان ولي الأمر

رقم الهاتف المتحرك: _____
المدنية: _____
البريد الإلكتروني: _____
رقم هاتف المنزل: _____
المنطقة: _____

التاريخ الطبي للطالب

* هل تعاني من أي من الأمراض المذكورة أعلاه؟ إذا كان الجواب بـ "نعم"، يرجى ذكر التفاصيل مثل التشخيص والعلاج.
* بالنسبة للحساسية، الرجاء تحديد نوع الحساسية وشدتها.

Health Problems	نعم	لا	التفاصيل	المشكلة الصحية
G6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		مرض العوز لأنزيم G6PD
Thalassemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط
Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		فقر الدم المنجلي
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		حساسية
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ربو
Neurological diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		أمراض عصبية
Seizure disorder/Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		صرع
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		سكري
Frequent infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		التهابات متكررة
Hearing difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		مشاكل سمعية
Frequent headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		صداع متكرر
Heart conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		أمراض قلب
Glasses/contact lenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		استخدام نظارات طبية / عدسات لاصقة
Emotional/mental disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		مشاكل نفسية / عاطفية
Other health problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		مشاكل صحية أخرى
Any previous hospitalization	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		هل سبق لك دخول المستشفى؟

* الرجاء وصف أي مرض جسدي أو نفسي أصبت به سابقاً أو حالياً:

* هل تتناول أدوية بشكل منتظم أو متقطع؟ الرجاء ذكر اسم الدواء والجرعة:

اسم الدواء	الجرعة
_____	_____
_____	_____

* اسم الطبيب المعالج، العيادة أو المركز الطبي الذي تتعالج به:

العيادة/المستشفى: _____
اسم الطبيب: _____
رقم الهاتف: _____
جهة الضمان الصحي: _____

توقيع الطالب وولي أمره

اسم الطالب: _____ التاريخ: _____
اسم ولي أمر الطالب: _____ التاريخ: _____



شهادة اللياقة الصحية

* لتوفير أفضل رعاية صحية ورعاية طارئة يرجى ملء هذه الاستمارة بدقة تامة. (تملى من قبل الطالب وولي أمره)

اسم الطالب: _____
رقم الطالب: _____
تاريخ الميلاد: _____
الجنسية: _____
رقم الهاتف المتحرك: _____
الجنس: ذكر أنثى

النتائج والفحوصات المخبرية والسريية

- فصيلة الدم: _____
- الطول: _____
- الوزن: _____
- البصر: _____
العين اليمنى
العين اليسرى
تمييز الألوان
الأذن اليمنى
الأذن اليسرى
السمع: _____
- الجهاز الهضمي: _____
الفتق
الكبد
الطحال
الفحص السريري
أشعة الصدر
حساسية
- المعدة: _____
الفحص الإكلينيكي
الفحص بالأشعة
- العام: _____
- فحوصات الدم: _____
هيموغلوبين
هيماتوكريت
فقر الدم المنجلي
مرض نقص المناعة المكتسبة
التهاب الكبد الوبائي (ب)
- فحص البراز: _____
- فحص البول: _____
- الجهاز العصبي: _____
نسبة البروتين
الصرع
- جهاز القلب والأوعية الدموية: _____
النسبة
ضغط الدم
القلب
حالة الأوردة
الشرايين

تقييم الأمراض المزمنة

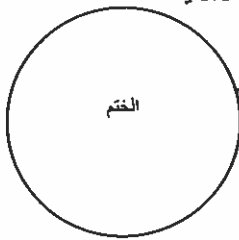
- ربو (Asthma): نعم لا
- السكري (Diabetes): نعم لا
- حساسية (Allergic Reaction): نعم لا
- نوبات صرع (Seizure Disorder): نعم لا
- خفيف متوسط حاد
- النوع الأول النوع الثاني
- الطعام الحشرات لا يتكس

- غير ها، انكرها:

(Other, Please specify): _____

نتيجة الفحوصات

النتيجة: لائق غير لائق
أعطي الطالب شهادة اللياقة الصحية بناءً على الفحص السريري.



الختم

توقيع الطبيب:

المقـر:

اسم الطبيب:

اسم العيادة/المستشفى:

التاريخ:



كلية فاطمة للعلوم الصحية
FATIMA COLLEGE OF HEALTH SCIENCES

Date.....

TO WHOM IT MAY CONCERN,

In line with the student's upcoming clinical site practicum, I would like to request your facility to conduct series of test and vaccination required by FCHS.

Please refer to the details below.

STUDENT DETAILS

NAME: **STUDENT ID NO.:**

Program:..... **Year of Study :**

TESTS:	Date	Remarks
<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Hepatitis B s Antibody titer
<input type="checkbox"/> Hepatitis B s antigen
<input type="checkbox"/> Varicella antibody titer IgG
<input type="checkbox"/> Tdap/Td
<input type="checkbox"/> MMR

Note: DT/TD, OPV is valid within (10) ten years from the date of the last booster dose.

Disregard if DT/DT, OPV vaccines were received within (10) ten years.

SCHOOL NURSE NAME:

SIGNATURE: