



משרד החינוך  
Ministry of Education  
وزارة المعارف

## التصريح الطبي السنوي للطالب

السنة الدراسية \_\_\_\_\_

يجب تعبئة التصريح الطبي السنوي لكل طالب أو طالبة، على حد سواء. حيث إن توفير معلومات كاملة ومفصلة سيمكن طاقم المعلمين في المدرسة من معرفة القيود الطبية المختلفة لكل طالب/طالبة.

- في الأقسام التي تشير/ين فيها إلى وجود مشكلة طبية، يجب تحديد المشكلة ووصفها إذا لزم الأمر
- إذا لم يكن هناك تصنيف مناسب في القائمة، فمن الضروري أن تقوم/تقومي بتحديد/ها.
- كما ويعرض التصريح التطعيمات الروتينية واختبارات المسح المقدمة للصفوف حسب المرحلة التعليمية للطلاب والطالبات في المؤسسة التعليمية.
- من الضروري إرفاق جميع المستندات الطبية ذات الصلة لكل طالب/طالبة .
- يجب وضع دائرة حول كلمة **نعم** / **لا**، إذا حددت اجابتك بنعم، عليك بكتابة التفاصيل الموجودة أسفل السؤال .
- جميع الحقول مطلوبة .

اسم الطالب/ة: \_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الصف: \_\_\_\_\_ الشعبة: \_\_\_\_\_ اسم المدرسة: \_\_\_\_\_

1. هل هناك قيود صحية تمنع الطالب/ة من المشاركة في أي نشاط مدرسي أو نيابة عنه؟ **نعم** / **لا**

- الرحلات
- النشاط البدني
- نشاط رياضي بالقاعة الرياضية
- مسابقات رياضية مدرسية
- نشاط آخر

تفصيل: \_\_\_\_\_

\*يجب ارفاق الملف الطبي الذي يحدد القيود لدى الطالب/ة.

2. هل يعاني الطالب/ة من مشكلة صحية مزمنة؟ نعم / لا

*الربو	*أمراض بالأمعاء كروهن (التهاب معوي)	*سيلياك حساسية الجلوتين
*الصرع	*أمراض كوليكتيس (التهاب قولون تقرحي)	*أمراض تخثر الدم – الهيموفيليا
*مشاكل قلبية	*أمراض جلدية	*نقص الصفائح الدموية
*زراعة أعضاء	*ضمور عضلات	*G6PD (حساسية الفول)
*مرض سرطاني – علاج كيماوي		*سكري أطفال نوع 1

أمراض مزمنة أخرى

3. هل يتناول/تتناول الطالب/ة الدواء / الأدوية بانتظام؟ نعم / لا

تفاصيل عن الدواء:

4. هل لدى الطالب/ة حساسية اتجاه الأدوية؟ نعم / لا

تفصيل:

5. هل لدى الطالب/ة حساسية للطعام أو مركبات أخرى؟ نعم / لا

الجوز	الحليب	لدغة الدبور	الخميرة
الفول السوداني	اليود	الفول	اللوز
جلوتين القمح	لاتكس	حبوب اللقاح	مادة /طعام اخر
البيض	الصويا	العث (غبار المنزل)	
العسل	لدغة نحل	السسم	
السك	لدغة بعوض	الكيوي	

تفصيل:

\*إذا لزم الأمر وبناءً على توصية من الطبيب، يجب حمل حقنة إبينفرين شخصية.

6. هل يحمل / تحمل الطالب / الطالبة حقنة إبينفرين شخصية؟ نعم / لا

7. الموافقة على تلقي التطعيم في إطار الخدمات الصحية وفق برنامج التطعيم الذي تحدده وزارة الصحة. نعم / لا

نوع التطعيم	الصف
الحصبة، النكاف (أبو ادغيم)، الحميراء وجدرى الماء MMRV	الأول
الخنق (دفتريا)، داء الكزاز (التتانوس)، السعال الديكي وشلل الأطفال (Tdap-IPV)* والانفلونزا	الثاني
الانفلونزا	الثالث
الانفلونزا	الرابع
الخنق (دفتريا)، داء الكزاز (التتانوس)، السعال الديكي (Tdap) تطعيم ضد جرثومة الورم الحليمي (بابيلوما) ** (HPV)	الثامن

\*يتم إعطاء لقاح الحصبة والنكاف والسعال الديكي في الصفين الثاني والثامن وفي المناطق الشمالية والجنوبية في الصف الأول والثامن.  
\*\*لقاح فيروس الورم الحليمي البشري يتم على جرعتين في الصف الثامن وفي مناطق الوسط وحيفا والجنوب.  
الجرعة الأولى بالصف السابع والجرعة الثانية بالصف الثامن.

في حالة عدم موافقة الأهل على أحد التطعيمات يجب تحديده وتفصيل السبب: \_\_\_\_\_

8. هل لدى الطالب/ة استجابة غير طبيعية لأحد التطعيمات السابقة؟ نعم / لا

التفصيل: \_\_\_\_\_

9. الموافقة على اجتياز الطالب/الطالبة اختبار فحص حسب فنته/ها العمرية في المرحلة الدراسية. نعم / لا

الفحص	الصف
فحص النظر، فحص السمع، صحة الفم والأسنان، فحص معدل النمو والتطور	الأول
صحة الفم والأسنان	الثاني
صحة الفم والأسنان	الثالث
صحة الفم والأسنان	الرابع
صحة الفم والأسنان	الخامس
صحة الفم والأسنان	السادس
صحة الفم والأسنان، معدل النمو والتطور	السابع
فحص النظر	الثامن

إذا لم تكن هناك موافقة على بعض الاختبارات، فيرجى التحديد والتفصيل: \_\_\_\_\_

10. الموافقة على تلقي رسالة نصية قصيرة وبريد إلكتروني حول التطعيمات واختبارات الفحص ونتائج اختبارات الفحص كجزء من خدمات صحة الطلاب. نعم / لا

11. في حالة وجود مشكلة طبية يمكننا الاتصال ب:

- الاسم الكامل ----- رقم الهاتف:-----
- الاسم الكامل ----- رقم الهاتف:-----

أنا موافق/ة على تقديم المعلومات ذات الصلة إلى الطاقم التعليمي و / أو الطاقم الصحي في المدرسة فيما يتعلق بالوضع الصحي للطلاب/الطالبة وأتعهد بإعلام مربي/مربية الصف بأي تغيير أو تقييد سواء كان مؤقتاً أو دائماً، والتي ستنطبق على الحالة الصحية لابني / ابنتي.

خلال فترة التعامل مع فيروس كورونا:

أقر بأنني لن أرسل /ترسل الطالب/الطالبة إلى المؤسسة التعليمية إذا ظهر/ت عليه/ها الأعراض التالية:

- درجة حرارة الجسم أعلى من 38 درجة مئوية في آخر 48 ساعة.
- السعال وصعوبة التنفس باستثناء السعال أو صعوبة التنفس الناتج عن حالة مزمنة مثل الربو أو الحساسية.
- يشترط عزل الطالب /الطالبة بحسب توجيهات وزارة الصحة بما في ذلك مراجعة الطبيب في حالة الاشتباه بالإصابة بالكورونا لحين إعادة نتائج الفحص بنتيجة سلبية أو حتى الحصول على موافقة انتهاء فترة العزل.

تم الموافقة على التصريح من قبل: ----- رقم الهوية:----- رقم الهاتف:-----

التاريخ:----- التوقيع:-----