



بطاقة إرشادات صحية
لمستوى ما قبل الدراسة
(تعمر من قبل الولي والطبيب المباشر)

إرشادات عامة :

اسم الطفل ولقبه:

تاريخ ومكان الولادة : الجنسية :

العنوان :

هل كان الطفل مرصما ؟ بمحضنة: بروضه أطفال أخرى: بكتاب آخر: 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 ؟ السجائر: نعم لا الكحول: نعم لا

اسم الأم : سنة الولادة : المهنة :

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

هل تتعاطى ؟ 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 : يزاولون تعليمهم انقطعوا عن الدراسة

عدد الغرف المعدة للسكن :

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

الهيكل الصحي المشرف على مراقبة الطفل صحيا :

أو الطبيب الخاص المباشر:

إرشادات عن الولادة :

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية مشاكـل صحية (السكري،...) اذكرها :

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	- بوجبة (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	- التخدِيم (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	- تثلث صبغي (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 : الإقامة بالمستشفى

..... نعم لا : عمليات جراحية

..... : 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
(déficience motrice) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - قصور بصري
(déficience visuelle) |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - قصور سمعي
(déficience 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 | - ألم أو سيلان في الأذن
(otalgies ou écoulement de l'oreille) |
| : اذكرها : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - الام 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, encoprésie) |
| : 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 | |
| : اذكره : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | |

* هل يتناول الطفل حالياً أدوية ؟

* 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 | | : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | - البكم
(mutisme) |

