

نموذج الفحص الاستكشافي (أول ابتدائي)

*بيانات الطالب/ة

اسم الطالب/ة: رقم الهوية/الإقامة:

تاريخ الميلاد: / / ١٤ هـ

*التاريخ المرضي

- لا يوجد الربو السكري الأنيميا المنجلية الثلاسيميا
- 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

- أكمل التطعيمات الأساسية (وفق برنامج التطعيم) نعم لا
- التطعيمات قبل السن المدرسي (٤-٦ سنوات) (OPV, Varicella, MMR, DTwP(Td)) نعم لا
- تطعيمات الإنفلونزا نعم لا

*فحص الأسنان

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

*القياسات

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

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

- اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه* (ADHD) سليم غير سليم

*الإحالة للمركز الصحي

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