

نموذج التاريخ الطبي (برنامج المسح الوطني لأمراض الفم والأسنان)

عزيزي ولي الأمر

يرجى ملء هذا النموذج الخاص بالتاريخ الطبي/المرضي لابنك / ابنتك بالإجابة بنعم أو لا إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تزويدنا بالتواريخ والتفاصيل، ويجب أن تكون الإجابات دقيقة قدر الإمكان. صحة الطفل هي أولويتنا.

بيانات الطفل:	
اسم الطفل:	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
الجنسية:	تاريخ الميلاد:
اسم ولي الأمر/ الوصي:	المدرسة:
صلة القرابة:	

ولي الأمر:	
الإمارة:	المدينة:
رقم هاتف المنزل:	رقم الموبايل 1:
	رقم الموبايل 2:

رقم	مخاوف صحية	نعم	لا	تعليقات
1	هل يعاني طفلك من حساسية تجاه الأدوية / الطعام / إلخ، يرجى ذكرها إن وجدت			
2	هل يعاني طفلك من أي مشاكل في القلب؟			
3	هل طفلك مصاب بالسكري؟			
4	هل يعاني طفلك من ارتفاع ضغط الدم؟			
5	هل طفلك مصاب بالربو؟			
6	هل يعاني طفلك من أي مشاكل في الكلى؟			
7	هل أصيب طفلك سابقاً بعدوى في المسالك البولية؟			
8	هل يعاني طفلك من نوبات الصرع؟			
9	هل يعاني طفلك من أنيميا الفول؟			
10	هل يعاني طفلك من أي أمراض مزمنة في الدم؟ (الثلاسيميا، فقر الدم، الهيموفيليا ... إلخ)			
11	هل يعاني طفلك من أي مشاكل في العين (اضطرابات بصرية)؟			
12	أي إجراءات جراحية سابقة أجريت تحت التخدير العام؟			

هل هناك أي حالة طبية أخرى يجب أن نعرفها عن طفلك؟

توقيع ولي الأمر:

التاريخ:

توقيع ممرضة المدرسة:

التاريخ: