



صورة شخصية

اسم الطالب:
رقم الطالب: رقم الهاتف المتحرك:
تاريخ الميلاد: الجنس: ذكر أنثى
جهة التأمين:

النتائج والفحوصات المخبرية والسريية

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

تقييم الأمراض المزمنة

ربو: Asthma	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	خفيف <input type="checkbox"/>	وسط <input type="checkbox"/>	حاد <input type="checkbox"/>
السكري: Diabetes	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	ناتج عن جهد نفسي <input type="checkbox"/>	غير محدد <input type="checkbox"/>	
حساسية: Allergic Reaction	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	النوع الأول <input type="checkbox"/>	النوع الثاني <input type="checkbox"/>	
نوبات صرع: Seizure Disorder	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	الطعام <input type="checkbox"/>	الحشرات <input type="checkbox"/>	لا يتكس <input type="checkbox"/>
Other: Please specify: اذكر :					

نتيجة الفحوصات

النتيجة لائق غير لائق أعطى الطالب شهادة اللياقة الصحية بناءً على الفحص السريري للطالب.
اسم الطبيب: توقيع / ختم الطبيب:
اسم العيادة / المستشفى: المدة:
التاريخ:

الختم

شهادة اللياقة الصحية سرية وشخصية، يرجى إعادتها إلى الثانوية بعد النتيجة النهائية واعتمادها من قبل الطبيب. وللاستفسار الاتصال برقم المدرسة التي تقدمت لها:

أبوظبيي طلاب: 02-6951017، طالبات: 02-8131666 | العين طلاب: 03-7043000، طالبات: 03-7043111 | الغربية طلاب/طالبات: 02-8943017 | جزيرة دلما طلاب/طالبات: 02-8095101
دبي: 04-2580001 | الشارقة: 06-5055527 | عجمان طلاب / طالبات: 06-7148500 | فلج المعلا طلاب/طالبات: 06-7148500 | رأس الخيمة: 07-2074000 | الفجيرة: 02-2056000

* لتوفير أفضل رعاية صحية مدرسية ورعاية طارئة يرجى ملء هذه الاستمارة بدقة تامة.

صورة شخصية

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

عنوان وولي الأمر

رقم الهاتف المتحرك: رقم هاتف المنزل:
المدينة: المنطقة:
البريد الإلكتروني:

التاريخ الطبي للطالب

* هل تعاني من أي من الأمراض المذكورة أدناه؟ إذا كان الجواب «نعم»، يرجى ذكر التفاصيل مثل التشخيص والعلاج.
* بالنسبة للحساسية، الرجاء تحديد نوع الحساسية وشدها.

المشكلة الصحية	Health Problems	نعم	لا	التفاصيل
مرض العوز لأنزيم G6PD	G6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط	Thalassemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فقر الدم المنجلي	Sickle Cell Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
حساسية	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ربو	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض عصبية	Neurological Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
صرع	Seizure Disorder / Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
سكري	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
التهابات متكررة	Frequent Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل سمعية	Hearing Difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
صداع متكرر	Frequent Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض القلب	Heart Conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
استخدام نظارات طبية / عدسات لاصقة	Glasses / Contact Lenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل نفسية / عاطفية	Emotional / Mental Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل صحية أخرى	Other Health Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
هل سبق لك دخول المستشفى؟	Any Prevoius Hospitalization	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

.....
.....
.....

* هل تتناول أدوية بشكل منتظم أو متقطع، الرجاء ذكر اسم الدواء والجرعة.

الجرعة	اسم الدواء

* اسم الطبيب المعالج، العيادة أو المركز الطبي الذي تعالج به.

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

توقيع الطالب وولي أمره

اسم الطالب: التاريخ: التوقيع:
اسم ولي أمر الطالب: التاريخ: التوقيع: