

الملف الصحي للطالبة/ة		
هل لدى إبتنكم/إبتنكنم:	الإسم الثلاثي للطالبة/ة:	الصف والشعبة: قصة الدم:
امراض مزمنة	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	في حال نعم حدد: _____
أنوية دائمة	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	في حال نعم حدد: _____
عمليات جراحية سابقة	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	في حال نعم حدد: _____
حساسيه (نواء, طعام أو غيرها)	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	في حال نعم حدد: _____
مشاكل في النظر أو السمع	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	في حال نعم حدد: _____
أمراض وراثية لدى الأهل	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	في حال نعم حدد: _____
اللقاحات الأساسية	هل تلقي الطالبة/ة جميع اللقاحات الأساسية بحسب البرنامج الوطني للتلقيح؟	هل تلقي الطالبة/ة الجرعات الكاملة المطلوبة؟ (مثلا: 3 جرعات أو أكثر حسب نوع اللقاح).
صغيرة ب-Hepatitis B يحمي من صغيرة ب	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
شلل عضلي-IPV يحمي من شلل الأطفال	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
شلل ضعوي-OPV يحمي من شلل الأطفال	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
خماسي-PENTA يحمي من صغيرة ب -الحنق -الشاهوق كزاز -إنفلونزا ب	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
روتا-ROTA يحمي من الأمراض المعوية	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
مكورات رئوية مقترن-PCV13 يحمي من داء الرئة والتهاب السحايا	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
حصبة-Measles يحمي من الحصبة	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
الجنري-Varicella يحمي من الجنري	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
حصبة-أبو كعب الحصبة-MMR الألمانية يحمي من الحصبة الألمانية -أبو كعب	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
ثلاثي-DPT يحمي من الحناق-الشاهوق-الكرز	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____
ثنائي-DT يحمي من الحناق والكرز	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا كلا حدد السبب: _____ عدد الجرعات: _____

ملاحظة مهمة: في حال تبين وجود مرض مزمن أو حالة صحية خاصة يرجى من الطبيب إرفاق تقرير طبي مفصل وتدوين أي ملاحظات إضافية يراها ضرورية.

إسم ولي الأمر: _____

إسم الطبيب مع الختم _____