



كلية فاطمة للعلوم الصحية
FATIMA COLLEGE OF HEALTH SCIENCES

استمارة اللياقة الصحية الخاصة بالطالب

* لتوفير أفضل رعاية صحية ورعاية طارئة يرجى ملء هذه الاستمارة بدقة تامة. (تملى من قبل الطالب وولي أمره)

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

عنوان ولي 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 بـ "نعم"، يرجى ذكر التفاصيل مثل التشخيص والعلاج.
* بالنسبة للحساسية، الرجاء تحديد نوع الحساسية وشدتها.

التفاصيل	لا	نعم	Health Problems	المشكلة الصحية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G6PD	مرض العوز لأنزيم G6PD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thalassemia	فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle Cell Anemia	فقر الدم المنجلي
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	حساسية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	ربو
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological diseases	أمراض عصبية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure disorder/Epilepsy	صرع
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	سكري
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent infections	التهابات متكررة
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing difficulties	مشاكل سمعية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent headaches	صداع متكرر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart conditions	أمراض قلب
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glasses/contact lenses	استخدام نظارات طبية / عدسات لاصقة
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotional/mental disorders	مشاكل نفسية / عاطفية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other health problems	مشاكل صحية أخرى
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any previous hospitalization	هل سبق لك دخول المستشفى؟

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

* هل تتناول أدوية بشكل منتظم أو متقطع؟ الرجاء اذكر اسم الدواء والجرعة:

الجرعة	اسم الدواء
_____	_____
_____	_____

* اسم الطبيب المعالج، العيادة أو المركز الطبي الذي تتعالج به:

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

توقيع الطالب وولي أمره

اسم الطالب: _____ التاريخ: _____
اسم ولي أمر الطالب: _____ التاريخ: _____

* شهادة اللياقة الصحية سرية وشخصية، ويرجى إعادتها إلى كلية فاطمة للعلوم الصحية بعد النتيجة النهائية واعتمادها من الطبيب. للاستفسار يرجى الاتصال بالرقم 025078765

نموذج رقم 2



شهادة اللياقة الصحية

* لتوفير أفضل رعاية صحية ورعاية طارئة يرجى ملء هذه الاستمارة بدقة تامة. (تملى من قبل الطالب وولي أمره)

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

النتائج والفحوصات المخبرية والسريية

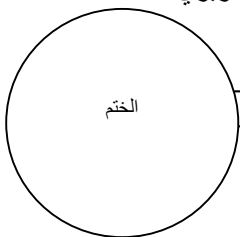
- فصيلة الدم: _____
- الطول: _____
- الوزن: _____
- البصر: _____
العين اليمنى
العين اليسرى
تمييز الألوان
الأذن اليمنى
الأذن اليسرى
السمع: _____
- الجهاز الهضمي: _____
الفتق
الكبد
الطحال
- الجهاز التنفسي: _____
الفحص السريري
أشعة الصدر
حساسية
- الصدر: _____
الفحص الإكلينيكي
الفحص بالأشعة
- العاهات: _____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

تقييم الأمراض المزمنة

- ربو (Asthma): نعم لا
- السكري (Diabetes): نعم لا
- حساسية (Allergic Reaction): نعم لا
- نوبات صرع (Seizure Disorder): نعم لا
- غيرها، اذكرها: _____
- (Other, Please specify): _____

نتيجة الفحوصات

النتيجة: لائق غير لائق
أعطي الطالب شهادة اللياقة الصحية بناءً على الفحص السريري.



اسم الطبيب: _____
اسم العيادة/المستشفى: _____
التاريخ: _____
توقيع الطبيب: _____
المقبر: _____