



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: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_

\* 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

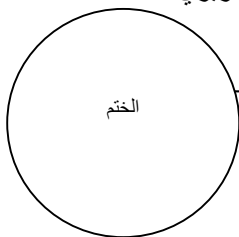
- فصيلة الدم: \_\_\_\_\_  
- الطول: \_\_\_\_\_  
- الوزن: \_\_\_\_\_  
- البصر: \_\_\_\_\_  
العين اليمنى  
العين اليسرى  
تمييز الألوان  
الأذن اليمنى  
الأذن اليسرى  
الفتق  
الكبد  
الطحال  
الفحص السريري  
أشعة الصدر  
حساسية  
الفحص الإكلينيكي  
الفحص بالأشعة  
- العاهات: \_\_\_\_\_  
- فحوصات الدم: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_