

## استمارة الطالب الصحية

(تطبيقاً للقانون 2014/4229 المادة 11 فقرة 2)



وزارة التربية  
والتعليم  
وزارة الصحة

تاريخ الميلاد: .....  
هاتف التواصل مع الأسرة: .....  
المدرسة: .....  
الصف: .....

يتم الاحتفاظ باستمارة الطالب الصحية (ADYM) في المدرسة و كذلك يحتفظ بنسخة منها في دفتر صحة الطفل.  
محتوى استمارة ADYM سري.

تُعبأ بعد فحص طبي وقائي يتضمن السيرة الصحية والفحص البدني ، وفقاً لنموذج الفحص الطبي لاستمارة الطالب الصحية.  
يتم إجراء المزيد من الاختبارات فقط إذا كانت هناك مؤشرات طبية محددة. في استمارة ADYM يتم تدوين نتائج الفحص الخاص بالمدرسة.  
في حالة حدوث تغيير في الحالة الصحية للطفل ، يتم تحديث ADYM تحت مسؤولية الوالدين / أولياء الأمر.

### معلومات لتحديث المدرسة

( يتم تسجيلها لغرض دعم الطفل في المدرسة و بقرار نهائي من قبل الطبيب ، بعد التشاور مع أحد الوالدين / ولي الأمر أو و الطفل أيضاً. لا ينبغي إغفال المعلومات، التي قد يؤدي غيابها إلى تعريض حياة الطفل للخطر. )

### تقرير

للمشاركة في دروس التربية البدنية والأنشطة الرياضية و المدرسية الأخرى \*

< مشاكل الصحة و  
إرشادات القيود:

المشاركة بدون قيود  
(الفحص الوقائي لم  
يكشف عن أي أسباب  
للقيود)

الإحالة لإجراء فحوصات متخصصة \*\*  
(من الأنظمة الأخرى لا توجد نتائج تتطلب تقييد المشاركة  
في الأنشطة المدرسية)  
< التخصصات التي يتم الإحالة إليها:

ختم الوحدة الصحية  
( لأطباء / PEDY / ESY )

توقيع وختم الطبيب

تاريخ الفحص

التقرير بعد الفحص المتخصص \*\*

## للمشاركة في دروس التربية البدنية والأنشطة الرياضية و المدرسية الأخرى \*

<input type="checkbox"/> المشاركة مع قيود ( لسبب مشاكل صحية )		<input type="checkbox"/> المشاركة بدون قيود (الفحص الوقائي لم يكشف عن أي أسباب للقيود)
< مشاكل الصحة و إرشادات القيود:		
< التخصص الطبي:		
< الفحص الذي تم :		
تاريخ الفحص	توقيع وختم الطبيب	ختم الوحدة الصحية ( لأطباء ESY / PEDY )

\* لا ينطبق هذا التقرير على الألعاب والبطولات المدرسية على مستوى جميع أنحاء اليونان، كما أنه لا ينطبق على الأنشطة المدرسية التي تنظمها هيئة أخرى غير المدرسة أو وزارة التربية والتعليم.  
\*\*يشير إلى الفحص الخاص الذي تم القيام به وفقاً لتقدير الطبيب أجرى الفحص الوقائي، وهو ضرورياً لتحديد المشاركة في الأنشطة المدرسية. في هذه الحالات، يتم تقديم إحالة مع وصف لأسباب الإحالة.

مراجعة علمية :

معهد صحة الطفل ، مديرية طب الأطفال الاجتماعي والنمائي ، المدرسة الوطنية للصحة العامة ، إدارة صحة الطفل

## ورقة الفحص الطبي استمارة الطالب الصحية

(تحفظ في ارشيف الطبيب أو الوحدة الصحية)

لقب الطالب/الطالبة	اسم الطالب/الطالبة	تاريخ الميلاد	الجنس	امكا
			ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>	

السجل الطبي ( يتم إملانه والتوقيع عليه من قبل أحد الوالدين/الوصي. إذا لزم الأمر ، يتم تقديم التعليمات أو إملانه من قبل الطبيب.)

نعم	كلا	سجل العائلة: مشاكل في القلب (تكميل)	نعم	كلا	سجل الطفل: اسئلة عامة
		هل عانى أي فرد من أفراد الأسرة من نوبة إغماء أو تشنجات لسبب غير معروف؟			هل يعاني حالياً أو كان يعاني/تعاني في السابق أي مرض جسيم؟
		هل يوجد أي فرد في العائلة معروف بأنه يعاني من أي أمراض قلبية وعائية وراثية ، مثل تضخم أو تضخم عضلة القلب ، أو عدم انتظام ضربات القلب ، أو مرض ناكسوس ، أو متلازمة Marfan ، أو متلازمة QT الطويلة أو القصيرة ، أو متلازمة بروغادا ( Brugada )؟			هل دخل المستشفى من قبل (حتى صباح اليوم التالي)؟
					هل سبق له أن أجرى أي عملية جراحية؟
					هل يتناول أو سبق له تناول أي دواء بانتظام؟
					هل يعاني من حساسية (طعام، دواء، غير ذلك)؟
					سجل الطفل: مشاكل في القلب
					هل سبق أن تم تشخيصه بمشكلة في القلب أو ارتفاع في ضغط الدم؟
					هل سبق له فقدان الوعي أثناء التمرين أو بعده أو بدون سبب واضح؟
					هل اشتكى من أي ألم أو احساس بالضغط أو ثقل في الصدر أثناء التمرين؟
					هل يتعب أو يضيّق تنفسه عند ممارسة الرياضة بسهولة بشكل أكثر من الأطفال الآخرين في نفس العمر؟
					هل سبق للطفل أن أصيب بتشنجات؟
					هل عانى في السابق من سعال "سعال الصفيّر" أو صعوبة في التنفس أثناء التمرين؟
					هل عانى من قبل من ألم أو إصابة جسيمة في العظام والعضلات ، أو التهاب المفاصل؟

10	هل سبق له أن اشتكى من أن قلبه ينبض بسرعة أو بعدم انتظام ("خفقان") أثناء التمرين؟	18	هل تعتقد أن لديه مشكلة في الرؤية؟
	<b>سجل العائلة: مشاكل في القلب</b>	19	هل تعتقد أن لديه مشكلة في السمع؟
11	هل هناك شخص في الأسرة مات من سبب قلبي، أو فجأة أو لسبب غير معروف في سن مبكر (أقل من 50 عامًا)؛	20	هل لديك قلق بشأن وزنه أو نظامه الغذائي؟
12	هل هناك شخص في الأسرة أصيب بنوبة قلبية أو أمراض القلب التاجية أو السكتة الدماغية في سن مبكر أو منتصف العمر (أقل من 55 عامًا للرجال وأقل من 65 عامًا للنساء)؟	21	هل أنت أو المدرسة قلقان بشأن أي مشكلة تتعلق بنمو الطفل (مثل الكلام والحركة والقدرة على التعلم)؟
		22	هل أنت أو المدرسة قلقان بشأن أي مشكلة تتعلق بمزاجه أو سلوكه (مثل الحزن، والتواصل الاجتماعي، والعدوان، والغضب، وفرط الحركة، والتحكم في المشبك)؟
		23	هل هناك موضوع آخر تود مناقشته؟
<b>معلومات إضافية لأسئلة "نعم":</b>			

أوكد، وبقا لما أعرفه، على دقة ما ورد أعلاه.

اسم و لقب الوالد / الوصي	العلاقة مع الطفل	تاريخ التعبئة (الإملاء)	التوقيع	هاتف الاتصال
--------------------------	------------------	-------------------------	---------	--------------

**ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)**

Μέτρηση		kg	Βάρος:	m	Ύψος:	ΔΜΣ:	Σφύξεις:	/min	ΑΠ:	mmHg
		Ιατρική εξέταση			Φυσιολογικά		Παθολογικά ευρήματα			
1	Επισκόπηση, δέρμα, σημεία συνδρόμου Marfan									
2	Οπτική οξύτητα, στραβισμός									
3	Στοματική κοιλότητα, δόντια									
4	Ακρόαση καρδιάς (φυσήματα, τόνοι, ρυθμός), μηριαίες									
5	Αναπνευστικό σύστημα									
6	Κοιλιά, ήπαρ/σπλήνας, γεννητικά όργανα									
7	Νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα, σκολίωση									
8	Άλλα ευρήματα									

**ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ή ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Συμπληρώνεται από τον/την ιατρό)**

	<b>Γνωμάτευση για συμμετοχή σε σχολικές δραστηριότητες:</b> Χωρίς περιορισμούς Με περιορισμούς Παραπομπή → Ειδικότητα/ες:
Έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης:    ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Σχόλια:

Όνοματεπώνυμο ιατρού	Ημ/νία συμπλήρωσης	Υπογραφή ιατρού / Σφραγίδα →

**Επιστημονική επιμέλεια:**

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού