|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | المقابلة الشخصية للربو  السنة الدراسية \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الطالب**  تاريخ الميلاد الصف الدراسي | ولي الأمر/الوصي الهاتف  ولي الأمر/الوصي الهاتف  الطوارئ الهاتف | | |
| طبيب أمراض الرئة  الهاتف آخر زيارة |
| التاريخ المَرَضي ذو الصلة، بما في ذلك العلاج في المستشفيات. | * Maine Care | * التأمين الخاص | * بحاجة لمعلومات |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| أنشطة ما بعد الدوام المدرسي | عمر ظهور الأعراض | الأعراض الأخيرة | حالات طبية أخرى |
| المحفزات المعروفة  ☐ المرض ☐ الدخان ☐ الروائح القوية ☐ المشاعر  ☐ النشاط البدني | | الحساسية:  ☐ القطط ☐الكلاب ☐ الغبار ☐العفن ☐ النشاط البدني ☐ الطعام:  غير ذلك: | |

أجب عن الأسئلة التالية الخاصة بالربو.

|  |  |
| --- | --- |
| خلال الأشهر الـ 12 الماضية، كم مرة قام طفلك بما يلي:   * قام بزيارة الطوارئ/الرعاية العاجلة * أقام في المستشفى للعلاج * استخدَم ستيرويدات عن طريق الفم * غاب عن المدرسة | خلال الأسابيع الـ 4 الماضية، كم مرة قام طفلك بما يلي:   * السعال، والصفير، ومشاكل التنفس * استخدَم جهاز استنشاق للإنقاذ * استيقظ في الليل بسبب الربو * كانت لديه انقطاعات في الأنشطة العادية |

يُرجى التأكد من إدراج الأدوية اليومية والطارئة في نموذج الصحة السنوي.

قم بتوضيح الاعتبارات الضرورية لليوم الدراسي.

|  |  |
| --- | --- |
| * ألعاب القوى/التربية البدنية * وقت الاستراحة بين الفصول | * الفصل الدراسي * الحافلات/المواصلات |

يُرجى توضيح أي أهداف متعلقة بالصحة والمساعدة اللازمة.

من خلال القيام بالتوقيع أدناه، فأنا أسمح لممرضة المدرسة بمشاركة معلومات الطالب خاصتي مع الطاقم المدرسي والطبي المناسب من أجل الحفاظ على سلامة الطالب خاصتي باستمرار داخل المدرسة..

ولي الأمر/الوصي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التاريخ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*في حالة الطوارئ عند الحاجة إلى المساعدة وتَعذُّر الوصول إلى جهات التواصل في حالات الطوارئ، سيتم الاتصال بمقدم الرعاية الصحية وإن لزم الأمر سيتم الاتصال بـ 911 (خدمات الطوارئ).*