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

|  |  |
| --- | --- |
| **الطالب**تاريخ الميلاد الصف الدراسي | ولي الأمر/الوصي الهاتفولي الأمر/الوصي الهاتفالطوارئ الهاتف |
| أخصائي الغدد الصماءالهاتف آخر زيارة |
| مُعلِّمة تمريض متخصصة في مرض السكريالهاتف | * MaineCare
 | * التأمين الخاص
 | * بحاجة لمعلومات
 |
| التاريخ المَرَضي ذو الصلة، بما في ذلك العلاج في المستشفيات | عمر التشخيص | النوع | آخر A1C |
| عنوان المنزل:رقم الحافلة إن وُجِد:أنشطة ما بعد الدوام المدرسي: | جهة اتصال ما بعد الدوام المدرسي:الهاتف |
| نظام مراقبة نسبة السكر في الدم | جهة الاتصال للاستشارات غير الطارئة:الطريقة المفضلة \_\_\_\_اتصال \_\_\_ رسالة نصية\_\_\_ بريد إلكترونيالتواتر |
| نظام إيصال الأنسولين | طريقة ومعايير رصد مُركَّب الكيتون |

 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 طلابي 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).*