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

|  |  |
| --- | --- |
| **الطالب**تاريخ الميلاد الصف الدراسي | ولي الأمر/الوصي الهاتفولي الأمر/الوصي الهاتفالطوارئ الهاتف |
| طبيب الأمراض العصبيةالهاتف آخر زيارة |
|  | * Maine Care
 | * التأمين الخاص
 | * بحاجة لمعلومات
 |

أنشطة ما بعد الدوام المدرسي:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع التشخيص/النوبة | عمر ظهور الأعراض | التواتر | مدة النوبة |
| المحفزات المعروفة: | قم بتوضيح نشاط النوبة: |
| هل لدى طفلك تاريخ مَرَضي لنوبات تستمر لأكثر من 5 دقائق؟ | هل لدى طفلك تاريخ مَرَضي لاستخدام أدوية الإنقاذ؟ |
| قم بتوضيح كيف يشعر/يتصرف طفلك قبل النوبة. | إذا كان لدى طفلك جهاز تحفيز العصب المبهم، فيُرجى تقديم تعليمات التعامل والاستخدام: |
| قم بتوضيح كيف يتصرف طفلك بعد النوبة. | قم بتوضيح فهم النوبات لدى طفلك. |

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).*