

مدارس برينس ويليام العامة  
خدمات الصحة المدرسية  
إشعار يرسل إلى ولي الأمر/الوصي  
حول الفحص الطبي لطلاب المدارس

التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم الطالب \_\_\_\_\_ الجنس: ذكر \_\_\_\_\_ أنثى \_\_\_\_\_

المدرسة \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_

ولي الأمر/الوصي \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

طبيب العائلة \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_

ننصحك باستشارة  الطبيب الخاص بولدك،  طبيب العيون  طبيب الأسنان.

إن الفحص الذي أجري في مدرستنا يشير إلى ضرورة الانتباه للنبود المشار إليها أدناه:

- |                                                                            |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| اللقاحات                                                                   | <input type="checkbox"/> الوزن       |
| <input type="checkbox"/> اللقاح الثلاثي: الخانوق والكزاز والسعال الديكي    | <input type="checkbox"/> الأسنان     |
| <input type="checkbox"/> شلل الأطفال                                       | <input type="checkbox"/> النظر       |
| <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> جدري الماء أو الحصبة | <input type="checkbox"/> السمع       |
| <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي 1,2,3 Hep B                  | <input type="checkbox"/> أخرى: _____ |
| <input type="checkbox"/> فحص السل TB عن طريق الجلد (PPD)                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> الحنجرة                                           |                                      |
| <input type="checkbox"/> النطق                                             |                                      |
| <input type="checkbox"/> الوضعية                                           |                                      |
| <input type="checkbox"/> الجلد                                             |                                      |

إن إجراء الفحص الطبي و/أو تلقي الجرعة التالية من اللقاحات تؤكد امتثال ولدكم لقانون الولاية.

يرجى التأكد من إعادة هذا النموذج إلى المدرسة بعد استكمال الفحص الطبي وتدوين النتائج والتوصيات من قبل الطبيب الفاحص على الجانب الآخر منه. نقدر تعاونكم مع برنامج الصحة المدرسية.

ممرضة المدرسة/من ينوب عنها: \_\_\_\_\_

يرجى الانتباه: عدم إجراء الفحص الطبي أو عدم أخذ اللقاحات المطلوبة قبل \_\_\_\_\_ سيؤدي إلى الاستبعاد من المدرسة.  
التاريخ

المرفق I –  
اللائحة رقم 5-723  
الصفحة 2

مدارس برينس ويليام العامة  
خدمات الصحة المدرسية

يسلم النموذج المكتمل لولي الأمر كي يعيده إلى  
ممرضة المدرسة.

إلى: مزود الرعاية الصحية

\*النتائج والتوصيات (يرجى شرحها):

التشوه (التشوهات) المصححة تم علاجها \_\_\_\_\_  
تم التوقيع: \_\_\_\_\_ الدرجة المهنية: \_\_\_\_\_  
(توقيع مزود الرعاية)  
التاريخ: \_\_\_\_\_

\*التصحيات والتوصيات المشروحة سوف توثق في السجل الصحي المحدث للطالب