

اسم الطالب: _____

رقم تعريف الطالب: _____

المدرسة/ العام الدراسي: _____

الصف: _____

التاريخ: _____

فحص أعراض السل

سعال لفترة تزيد عن ثلاثة أسابيع _____

حمى غير مبررة _____

نفث الدم مع السعال _____

نقصان الوزن بشكل غير مبرر _____

ألم في الصدر غير مبرر _____

التعرق ليلاً _____

ضعف الشهية _____

الإرهاق _____

للأطفال الذين هم أقل من ست سنوات

صغير (في النفس) _____

قصور في النمو _____

خمول في النشاط و/أو المرح و/أو الطاقة _____

انتفاخ الغدة اللمفاوية _____

تبدلات في الشخصية _____

عزيزنا ولي الأمر/ الوصي: يرجى كتابة الأحرف الأولى أدناه:

_____ لم يكن الطالب على اتصال مع أي شخص معروف أو مشتبه به في إصابته بالسل (TB)

_____ منذ آخر اختبار سلبي للسل أجري في _____ ، لم يبق الطالب بالإقامة أو السفر إلى بلد ينتشر فيه السل.

توقيع ولي الأمر/ الوصي: _____

التاريخ: _____

توقيع ممرضة المدرسة _____

التاريخ: _____

إذا ظهر على الطالب واحد أو أكثر من الأعراض المبينة أعلاه، يحال إلى مزود الخدمة الطبية لإجراء فحوصات إضافية قبل دخول المدرسة.