**HS 40 ABالنظام المنسق**
**الخدمات الصحية الطلابية**
**اضطراب النوبات**

Edmonds School District

**طالب:** ______________________ **تاريخ:** __________ **تاريخ الميلاد:** ________ **درجة:** ________

**معلومات النوبة:**

نوع النوبة: ______________________________

وصف النوبة: ______________________________

مدة النوبة: ______________________________

متوسط الوقت قبل العودة إلى الأنشطة العادية: ______________________________

هل توقفت عن التنفس؟ ______________________________

تحذير محتمل و / أو تغيير السلوك قبل النوبة: ______________________________

تواتر النوبة: ____________________ □ يومي □ أسبوعي □ شهري □ السنويه

الوقت المعتاد من اليوم تحدث النوبة: ______________ تاريخ آخر نوبة صرع: ______________

متى بدأت النوبات؟ ______________ متى يتم تشخيصه؟ أي تغيير في نمط النوبات؟

______________ □ لا □ نعم، يرجى وصف: ______________

هل تؤثر الأمراض الأخرى على التحكم في نوبات الطالب؟ □ لا □ نعم، يرجى وصف: ______________

**الادويه:**

طالب حاليا على الدواء؟ □ لا، إذا توقفت متى؟ ______________ □ نعم ، أكمل أدناه

| آثار جانبية | جرعة | الوقت/اليوم | دواء |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

طبيب: ______________________ الهاتف: ______________

كم مرة يتم رؤية الطالب؟ ______________ تاريخ آخر موعد: ______________

نتائج الزيارة الأخيرة / EEG: ______________________________

**اعتبارات خاصة**

□ الاهتمامات التعليمية: ______________________________

□ مخاوف السلوك: ______________________________

□ المخاوف العاطفية: ______________________________

□ احتياطات التربية البدنية: ______________________________

□ احتياطات العطلة: ______________________________

□ احتياطات الرحلة الميدانية: ______________________________

□ احتياجات النقل الخاصة: ______________________________

□ آخر ______________________________

□ العب في فريق رياضي بعد المدرسة / شارك في أنشطة ما بعد المدرسة في المدرسة؟ ______________

توقيع الوالدين: ______________ تاريخ: ________ الهاتف الرئيسي: ______________

هاتف العمل: ______________ البريد الإلكتروني: ______________

الاتصال في حالات الطوارئ: ______________ علاقة: ______________ الهاتف: ______________

مراجعة 3.15 ، 11.19 ، 11.22