

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 ☐ سنوي ☐

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: \_\_\_\_\_

الادوية:

طالب حالياً 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: \_\_\_\_\_

☐ احتياجات التربية البدنية: \_\_\_\_\_

☐ احتياجات العطلة: \_\_\_\_\_

☐ احتياجات الرحلة الميدانية: \_\_\_\_\_

☐ احتياجات النقل الخاصة: \_\_\_\_\_

☐ آخر \_\_\_\_\_

☐ اللعب في فريق رياضي بعد المدرسة / شارك في أنشطة ما بعد المدرسة في المدرسة؟ \_\_\_\_\_

توقيع الوالدين: \_\_\_\_\_ تاريخ: \_\_\_\_\_ الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_

هاتف العمل: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الاتصال في حالة \_\_\_\_\_ علاقة: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_