

Jefferson Parish Schools

استمارة يت الصح املم مدا الر

2027- 2026

اسم الطالب _____ تاريخ خالميلاد _____ الصف _____
 اسم الوالد/ الويس القانوني _____ هاتف الوالد/ الويس القانوني _____
 عنوان الربيد الإلكر بوين للوالد/ الويس القانوني _____
 المستشفى المختارة _____ اسم الطبيب _____ هاتف الطبيب _____

هل طفلك يركب الحافلة؟ نعم ☐ لا ☐ رقم الحافلة _____ هل طفلك يحض العناية اللااحقة؟ نعم ☐ لا ☐

التاريخ الطبي خ تجرب كل ما ينطبق)

☐ فقر الدم	☐ الإلكرنما	☐ مرض بالجهاز التنفسي
☐ التوتر	☐ أنبوب تغذية	☐ الجنف
☐ نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD)	☐ مرض معوي	☐ نوبات
☐ التوحد	☐ الناعور	☐ مشكلات حادة في الكلام
☐ العمى/ ضعف الإبصار	☐ ارتفاع ضغط الدم	☐ مرض بالغدة الدرقية
☐ سرسطان	☐ مرض بالك ل	☐ متلازمة توريت
☐ مرض بالأوعية القلبية	☐ مرض عضيل هيكي	☐ مرض خاص بالبول
☐ شلل دمايغ	☐ سمنة	☐ مشكلات في الإبصار
☐ اضطراب السلوك (CD)	☐ اضطراب الوسواس القهري (OCD)	☐ غرب ذلك
☐ تلف كيمي	☐ اضطراب التحدي المعارض (ODD)	
☐ الصمم/ ضعف السماع	☐ اضطراب الكرب التالي للرضح	
☐ اكتئاب	☐ حامل	
☐ سكري		

تفاصيل المرض

هل يحتاج طفلك إل تناول أدوية في المدرسة لألأي من الحالات المسردة أعلاه؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ أوامر الطبيب مطلوبة)

هل يحتاج طفلك إل أي إجراءات خاصة في المدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ أوامر الطبيب والاجتماع الطبي الممرضة (مطلوب)

الربو

هل طفلك مصاب بالربو؟ ☐ نعم ☐ لا ☐

العلاجات والأدوية الموصوفة حالياً للربو:

هل يحتاج طفلك إل دواء في المدرسة لعلاج الربو؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غرب متاح) أوامر الطبيب مطلوبة)
 الحساسية الشديدة (خرب كل ما ينطبق، وصف مسبب الحساسية والعلاج)

نوع الحساسية	مثير محدد (السبب)	أعراض التحسس (أي الرسرسي، صعوبة التنفس وما شابه)
الطعام		
الأدوية		
لدغة/ عضه حرسرسرة		
غرب ذلك		

الأدوية والعلاجات الموصوفة حالياً للربو

هل يحتاج طفلك إل دواء في (غرب متاح) أوامر الطبيب مطلوبة ☐ لا ☐ نعم ☐ في المدرسة الحساسية الحادة؟

الحمية الغذائية الخاصة (مطلوب إكمال استمارة تعديل الوجبة الخاصة بمدارس Jefferson Parish بواسطة الطبيب)
 غرب متاح ☐ لا ☐ نعم ☐ هل يحتاج طفلك إل حمية غذائية معدلة؟

الرجاء وصف التعديلات المطلوبة

أقر بموجب هذه الوثيقة بأنه ستمم مراجعة هذه المعلومات بواسطة ممرضة المدرسة وإدراجها في الملف الصحي Campus الخاص بطفلي. أدرك بأن هذه البيانات قد تستخدم في وضع خطة رعاية لطفلي وأمنج كذلك الإلادن لمشاركة المعلومات الصحية مع موظيف منطقة Jefferson Parish Schools التعليمية حسب الحاجة لضمان سلامة طفلي في المدرسة.

توقيع الوالد _____ التاريخ _____

إدارة الخدمات الصحي

East Bank - 822 South Clearview Pkwy (736-7386) 504

West Bank - 501 Manhattan Blvd (349-7673) 504

الربيد الخبو health@jpschools.org

Revised on 5/28/2025