

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____ المدرسة/ العام الدراسي: _____

المعلومات التالية مفيدة للممرضة في تحديد أي احتياجات خاصة لطفلك في المدرسة. يُرجى الإجابة على الأسئلة قدر استطاعتك وإعادة هذا النموذج إلى ممرضة مدرستك.

الربو/ التاريخ الصحي

1. منذ متى يعاني الطالب من الربو؟
هل سبق أن عانى الطالب أو كان لديه تاريخ من:
 - نوبات ربو حادة مفاجئة؟ ☐ لا ☐ نعم
 - هل تم الاتصال برقم 911 بسبب أعراض الربو؟ ☐ لا ☐ نعم
 - هل سبق له الخضوع لتوصيل الأنابيب/ التنفس الصناعي؟ ☐ لا ☐ نعم
- *إذا كانت الإجابة نعم على أي مما سبق، فيرجى التوضيح: _____
3. هل سبق أن خضع الطالب للفحص من قبل اختصاصي الربو أو الحساسية؟ ☐ لا ☐ نعم
4. هل تم إجراء اختبار الحساسية؟ ☐ لا ☐ نعم، متى؟ _____
مسببات الحساسية الإيجابية؟ _____
5. إلى جانب الربو، هل هناك أي حالات طبية أخرى يجب أن نكون على دراية بها؟ ☐ لا ☐ نعم (على سبيل المثال: الحساسية المفرطة، أنواع الحساسية، أمراض القلب، أمراض الجهاز التنفسي، أمراض الصحة النفسية) إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى التوضيح: _____

ملف تعريف الربو

6. الشدة: حدد المربع المناسب الذي يصف أعراض الطالب:

الشدة	الأعراض	استخدام البخاخات سريعة المفعول	الأعراض الليلية
☐	• خفيفة متقطعة • لا تتداخل مع النشاط الطبيعي	يومية أو أقل في الأسبوع	مرتين أو أقل شهريا
☐	• خفيفة مستمرة	أكثر من يومية في الأسبوع ولكن ليس يوميا	3 - 4 مرات شهريا
☐	• متوسطة مستمرة	أعراض يومية • بعض القيود على النشاط الطبيعي	أكثر من مرة واحدة في الأسبوع، ولكن ليس كل ليلة
☐	• شديدة ومستمرة	طوال اليوم • قيود شديدة على النشاط الطبيعي	في كثير من الأحيان، وأحيانا كل ليلة

لا يوجد مرة واحدة 2 - 4 أكثر من 4

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

7. خلال العام الماضي، كم مرة حدث للطالب ما يلي:

- الإقامة في المستشفى لليلة واحدة أو أكثر بسبب الربو:
- الخضوع للعلاج في غرفة الطوارئ:
- الخضوع للعلاج في عيادة طبيب بسبب حالة ربو غير معتادة:
- وصف الستيرويدات لعلاج تفاقم الربو:
- التغيب عن المدرسة بسبب أعراض متعلقة بالربو:

8. الأسباب: (ضع علامة على جميع ما ينطبق):

☐ ممارسة الرياضة	☐ *ربو طفلي ناتج عن ممارسة الرياضة فقط
☐ مسببات الحساسية: عث الغبار ☐ حبوب اللقاح ☐ العشب ☐ الأشجار ☐ العفن	☐ التهابات الجهاز التنفسي
☐ وبر الحيوانات الأليفة ☐ الأطعمة:	☐ الطقس: ☐ هواء بارد ☐ تغيرات في الطقس
☐ مسببات التهيج في الهواء: دخان السجائر ☐ تلوث الهواء ☐ الغبار	☐ الانفعالات القوية ☐ التوتر ☐ الضحك
☐ دخان الحرائق الكبيرة ☐ الروائح/البخار/العطور النفاذة	☐ غير ذلك:

9. الأعراض: (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

الأعراض المبكرة:

- ☐ سعال
- ☐ ضيق في الصدر
- ☐ ضعف شهية
- ☐ انخفاض ذروة التدفق: _____
- ☐ غير ذلك: _____
- ☐ سعال مستمر
- ☐ حكة ودموع في العينين
- ☐ إجهاد
- ☐ انخفاض مستوى النشاط البدني ☐ ضيق في التنفس
- ☐ انسداد/سيلان الأنف ☐ سرعة الانفعال
- ☐ ألم في المعدة ☐ تغير السلوك
- ☐ آزيز
- ☐ حكة في الحلق/الذقن
- ☐ صداع

الأعراض الشديدة:

- ☐ ضيق في التنفس
- ☐ التنفس السريع
- ☐ سعال لا يتوقف
- ☐ ضيق في الصدر
- ☐ آزيز مع الشهيق/الزفير
- ☐ عدم القدرة على التحدث بجمل كاملة
- ☐ القيء الناتج عن السعال
- ☐ شد عضلات الصدر/الرقبة

- ☐ اتساع فتحتي الأنف ☐ قلق/خوف ☐ بشرة متعرقه/رطبة ☐ تغيير لون البشرة
☐ إجهاد ☐ تقيؤ المخاط ☐ انخفاض ذروة التدفق: ☐ غير ذلك:

تأثير الربو (أجب بناء على السنة الماضية)

10. ما مدى تكرار ظهور الأعراض على الطالب؟ خلال النهار: _____ مرات/أسبوع خلال الليل: _____ مرات/أسبوع
 11. هل يعاني الطالب من اضطرابات في النوم بسبب أعراض الربو؟ ☐ لا ☐ نعم
 12. هل يُقلل الطالب أو يُعَدّل من نشاطه البدني بسبب الربو؟ ☐ لا ☐ نعم، يُرجى التوضيح: _____

علاج الربو والسيطرة عليه

13. ماذا يفعل الطالب في المنزل للسيطرة على أعراض الربو (ضع علامة على جميع ما ينطبق):
☐ تناول الأدوية ☐ الراحة/الاسترخاء ☐ شرب السوائل ☐ تمارين التنفس ☐ العلاج بالأعشاب ☐ غير ذلك: _____

14. خطة العلاج والأدوية: يُرجى ذكر جميع الأدوية التي يتناولها الطالب لعلاج الربو والحساسية.

اسم الدواء	الجرعة	الوقت	السبب	مكان تناول الدواء
		☐ يوميًا (الوقت: _____) ☐ حسب الحاجة		☐ المنزل ☐ المدرسة*
		☐ يوميًا (الوقت: _____) ☐ حسب الحاجة		☐ المنزل ☐ المدرسة*
		☐ يوميًا (الوقت: _____) ☐ حسب الحاجة		☐ المنزل ☐ المدرسة*

*أي دواء يتم الاحتفاظ به في المدرسة يتطلب تصريحًا منفصلًا بالدواء موقعًا من قبل مقدم الرعاية الصحية وولي الأمر.

15. متى كانت آخر مرة استخدم فيها الطالب جهاز استنشاق للطوارئ أو "حسب الحاجة" (مثل ألبوتيرول، سيميبيكورت، دوليرا)؟ ماذا كان السبب؟ _____
 16. عادةً، كم مرة يستخدم الطالب جهاز استنشاق للطوارئ أو "حسب الحاجة" (مثل ألبوتيرول، سيميبيكورت، دوليرا)؟
 خلال النهار: _____ أسبوعياً خلال الليل: _____ أسبوعياً
 17. إذا كان الطالب يعاني من الربو الناتج عن ممارسة الرياضة، فهل يستخدم جهاز استنشاق قبل ممارسة الرياضة (أي، الرياضة، أو الاستراحة، أو حصة التربية البدنية)؟ ☐ لا ☐ نعم ☐ لا ينطبق
 أحياناً، يُرجى التوضيح: _____
 18. هل يستخدم الطالب مقياس ذروة التدفق؟ ☐ لا ☐ نعم

التخطيط المدرسي

19. هل سبق أن حصل الطالب على خطة صحية في المدرسة من أجل الربو؟ ☐ لا ☐ نعم
 20. هل ستوفر الدواء للاحتفاظ به في المدرسة؟ ☐ لا ☐ نعم * يتطلب وصفة طبية موقعة من مقدم الرعاية الصحية.
 21. هل ستوفر أيًا مما يلي للمدرسة؟ ☐ جهاز استنشاق بفاصل (موصى به) ☐ جهاز استنشاق ببخاخة ☐ جهاز قياس ذروة التدفق ☐ أدوية/مستلزمات الطوارئ
 22. ما هو مستوى استقلالية الطالب في تناول أدويته؟
☐ مستقل تمامًا ☐ تناول ذاتي تحت إشراف شخص بالغ ☐ يتولى شخص بالغ إعطاء الدواء
 23. هل تخطط لأن يحمل الطالب جهاز استنشاق للطوارئ في المدرسة؟ ☐ لا ☐ نعم *
 *يعتمد القرار النهائي على موافقة مقدم الرعاية الصحية وولي الأمر والممرضة، بالإضافة إلى مراعاة مستوى نمو الطالب.
 24. هل يستطيع الطالب تمييز وقت ظهور أعراض الربو وحاجته إلى الدواء/المساعدة؟ ☐ لا ☐ نعم
 25. في البيئة المدرسية، ما هي احتياجات الطالب؟ (ضع علامة على جميع ما ينطبق):
☐ تعديل الفسحة أو حصة التربية البدنية* ☐ تناول الأدوية قبل ممارسة الرياضة* ☐ مراقبة الآثار الجانبية للأدوية
☐ توفير المياه مجاناً ☐ تجنب أطعمة معينة ☐ الحاجة إلى تخطيط خاص للرحلات الميدانية
☐ تجنب الحيوانات في المدرسة ☐ تجنب الروائح النفاذة
 *يتطلب ذلك تقديم وثائق داعمة من مقدم الرعاية الصحية ومتابعة من ممرضة المدرسة
 26. هل يشارك الطالب في الأنشطة الرياضية/الفعاليات بعد المدرسة هذا العام الدراسي؟ ☐ لا ☐ نعم*، ما هي؟ _____
 * يجب على ولي الأمر/الوصي إبلاغ الموظف المشرف بالحالة الصحية للطالب.
 *لن تتمكن البرامج التي لا تشرف عليها المدرسة في منشآت منطقة Edmonds التعليمية من الوصول إلى الأدوية المخزنة في المدرسة.

تنسيق الرعاية

27. من هو مقدم الرعاية الصحية الذي يتولى حاليًا علاج الطالب من الربو؟ _____
 28. هل لدى الطالب تأمين صحي؟ ☐ لا ☐ نعم، أي نوع؟ _____
 29. هل تواجه أي صعوبات في الحصول على أدوية الربو أو التواصل مع مقدم الرعاية الصحية؟ ☐ لا ☐ نعم، يُرجى التوضيح: _____

التاريخ

يخ:

العلاقة:

توقيع ولي الأمر/الوصي: