

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

الغرض من هذا النموذج هو الحصول على آخر المستجدات بشأن حالة الربو لدى طفلك. يُرجى الإجابة قدر استطاعتك وإعادة هذا النموذج إلى ممرضة المدرسة.

1. هل عانى طفلك من أي تفاقم للربو هذا العام؟ (مثل: زيارات غرف الرعاية الطارئة أو غرف الطوارئ، أو حالات دخول المستشفى، أو الاتصال برقم الطوارئ 911، وما إلى ذلك) ☐ لا ☐ نعم، يُرجى التوضيح: _____

2. هل طرأ أي تغيير على حالة الربو لدى طفلك خلال العام الماضي؟ (مثل الأسباب أو الأعراض، أو مقدمي الرعاية الصحية، أو الأدوية الجديدة، وما إلى ذلك) ☐ لا ☐ نعم، يُرجى التوضيح: _____

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

لا يوجد	مرة واحدة	2 - 4	أكثر من 4
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

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

إذا كان العدد أكبر من "لا يوجد"، فيرجى التوضيح: _____

4. الأسباب الحالية: (حدد 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/الأبخرة/العطور النفاذة	☐ غير ذلك:

5. هل طرأت أي تغييرات على الأعراض المعتادة للربو لدى طفلك؟ ☐ لا ☐ نعم، يُرجى الوصف: _____

تأثير الربو (أجب بناء على السنة الماضية)

6. ما مدى تكرار ظهور الأعراض على الطالب؟ خلال النهار: _____ مرات/ أسبوع خلال الليل: _____ مرات/ أسبوع

7. هل يعاني الطالب من اضطرابات في النوم بسبب أعراض الربو؟ ☐ لا ☐ نعم

8. هل يُقلل الطالب أو يُعطل من نشاطه البدني بسبب الربو؟ ☐ لا ☐ نعم، يُرجى التوضيح: _____

علاج الربو والسيطرة عليه

9. 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.

10. إذا كان لدى طفلك جهاز استنشاق للطوارئ "حسب الحاجة"، فكم مرة يستخدمه؟ (مثل: ألبوتيرول، سيميبيكورت، دوليرا)؟
خلال النهار: _____ أسبوعيا خلال الليل: _____ أسبوعيا

→ الصفحة التالية

11. متى كانت آخر مرة استخدم فيها الطالب جهاز استنشاق للطوارئ أو "حسب الحاجة" (مثل ألبوتيرول، سيمبيكورت، دوليرا)؟ ماذا كان السبب؟ _____

12. إذا كان الطالب يعاني من الربو الناتج عن ممارسة الرياضة، فهل يستخدم جهاز استنشاق قبل ممارسة الرياضة (أي، الرياضة، أو الاستراحة، أو حصّة التربية البدنية)؟ ☐ لا ☐ نعم
☐ لا ينطبق
☐ أحياناً، يُرجى التوضيح: _____

التخطيط المدرسي (إذا تَلَقَّيت هذا النموذج في نهاية العام، فقم بتعبئته مع وضع العام الدراسي القادم في الاعتبار)

13. هل ستقوم بتوفير أدوية ليتم الاحتفاظ بها في المدرسة؟ ☐ لا ☐ نعم *
- *يلزم تقديم نموذج تصريح جديد للأدوية، موقع من قبل مقدم الرعاية الصحية وولي الأمر، في كل عام دراسي.
14. هل ستوفر أيًا مما يلي للمدرسة؟ ☐ جهاز استنشاق بفواصل (موصى به) ☐ جهاز استنشاق ببخاخة ☐ جهاز قياس ذروة التدفق ☐ أدوية/مستلزمات الطوارئ
15. 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.
16. ما مدى قدرة طفلك على تمييز ظهور أعراض الربو بنفسه؟
☐ مستقل تمامًا ☐ يحتاج إلى المساعدة في تمييز الأعراض ☐ يعتمد كليًا على شخص بالغ
17. ما هو مستوى استقلالية الطالب في تناول أدويته؟
☐ مستقل تمامًا ☐ تناول ذاتي تحت إشراف شخص بالغ ☐ يتولى شخص بالغ إعطاء الدواء
18. في البيئة المدرسية، ما هي احتياجات الطالب؟ (ضع علامة على جميع ما ينطبق):
☐ تعديل الفسحة أو حصّة التربية البدنية* ☐ تناول الأدوية قبل ممارسة الرياضة* ☐ مراقبة الآثار الجانبية للأدوية
☐ توفير المياه مجانًا ☐ 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
19. هل سيشارك الطالب في الأنشطة الرياضية/الفعاليات بعد المدرسة هذا العام الدراسي؟ ☐ لا ☐ نعم*، ما هي؟
***يجب على ولي الأمر إبلاغ الموظف المشرف بحالة الطالب الصحية.**
- *لن تتمكن البرامج التي لا تشرف عليها المدرسة في منشآت منطقة Edmonds التعليمية من الوصول إلى الأدوية المخزنة في المدرسة.

تنسيق الرعاية

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

23. هل طرأت أي تغييرات على الحالة الصحية أو أي مستجدات طبية جديدة؟ ☐ لا ☐ نعم (على سبيل المثال: الحساسية المفرطة، حالات الحساسية، أمراض القلب، أمراض الجهاز التنفسي، أمراض الصحة النفسية) إذا كان الأمر كذلك، فيرجى التوضيح: _____

التاريخ: _____

العلاقة: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____