

اسم الطالب: \_\_\_\_\_  
طبيب الأسرة: \_\_\_\_\_  
تاريخ الفحص: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

لا	نعم	أسئلة طبية
		هل تعاني من سعال، أو آزيز، أو صعوبة في التنفس أثناء ممارسة الرياضة أو بعدها؟
		هل سبق لك استخدام جهاز استنشاق أو علاج للربو؟
		هل هناك أي فرد من أفراد عائلتك مصاب بالربو؟
		هل ولدت بدون/فقدت كلية، أو عين، أو خصية (للذكور)، أو طحال، أو أي عضو آخر؟
		هل تعاني من ألم أو انتفاخ أو فتق مؤلم في منطقة الأربطة؟
		هل أصبت بمرض كثرة الوحيدات العدوانية خلال الشهر الماضي؟
		هل تعاني من أي طفح جلدي، أو قروح ضغطه، أو أي مشاكل جلدية أخرى؟
		هل سبق أن أصبت بمرض الهريس أو أي عدوى جلدية ناجمة عن العقنوديات الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA)؟
		هل تعاني من صداع أو تقلصات عضلية متكررة عند ممارسة الرياضة؟
		هل شعرت بالإعياء أثناء ممارسة تمارين رياضية في جو حار؟
		هل أنت أو أي من أفراد عائلتك مصاب بمرض فقر الدم المنجلي أو حامل للخلية المنجلية؟
		هل سبق لك أن عانيت من أي مشاكل في العينين أو في الرؤية أو أي إصابات في العينين؟
		هل تردي نظارة طبية أو عدسات لاصقة؟
		هل تردي أي أدوات لحماية العينين مثل النظارات الواقية للعينين أو واقبات الوجه؟
		التاريخ المناخي: هل تهمل في أخذ أي تطعيم موسمي به؟
		هل تعاني من أي نوع من الحساسية؟
		هل سبق أن تعرضت لإصابة أو ارتجاج في الرأس؟
		هل لديك أي مخاوف ترغب في مناقشتها مع الطبيب؟
		هل سبق أن تعرضت لضربة في الرأس سببت لك ارتباكاً أو صداعاً لمدة طويلة أو مشكلات في الذاكرة؟
		هل سبق لك الشعور بالخدر، أو النخز، أو الوهن، أو عدم القدرة على تحريك ذراعك أو رجليك بعد التعرض لضربة أو سقوط؟
		هل سبق لك أن عانيت من أي اضطرابات في الأكل؟
		هل تهتم بوزنك؟
		هل تسعى لإنقاص وزنك أو زيادته أو هل نصحك أي شخص بذلك؟
		هل تتبع نظاماً غذائياً خاصاً، أو هل تتجنب تناول أنواع معينة من الأطعمة؟
لا	نعم	للإثبات فقط (اختياري)
		هل حدثت لك الدورة الشهرية قبل ذلك؟
		كم كنت تبلغين من العمر عند حدوث أول دورة شهرية لك؟
		كم عدد الدورات الشهرية التي حدثت لك خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟
الفحص البدني للسنة الحالية = الفحص الذي تم إجراؤه في 15 أبريل من السنة الدراسية السابقة أو بعد ذلك التاريخ.		

لا	نعم	أسئلة عامة
		هل سبق لطبيبك رفض أو تقييد مشاركتك في أي رياضة لأي سبب من الأسباب؟
		هل تعاني من أي مرض حالياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديدها أدناه: <input type="checkbox"/> ربو <input type="checkbox"/> أنيميا <input type="checkbox"/> سكري <input type="checkbox"/> عدوى <input type="checkbox"/> أمراض أخرى:
		هل سبق لك قضاء ليلة بالمستشفى أو إجراء عملية جراحية؟
لا	نعم	أسئلة عن حالة قلبك الصحية
		هل سبق أن أصبت بإغماء أو شبه إغماء أثناء ممارسة التمارين الرياضية أو بعدها؟
		هل سبق أن شعرت بتعب، أو ألم، أو ضيق، أو ثقل في صدرك أثناء ممارسة الرياضة؟
		هل سبق أن عانيت من زيادة سرعة ضربات القلب أو اضطرابها (عدم انتظامها) أثناء ممارستك للتمارين الرياضية؟
		هل سبق أن أبلغك طبيبك بأن لديك أي مشاكل في القلب؟ ضع علامة أمام كل مرض تعاني منه: <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> نخفات قلبية <input type="checkbox"/> عدوى القلب <input type="checkbox"/> ارتفاع نسبة الكوليسترول <input type="checkbox"/> داء كاواساكي <input type="checkbox"/> أمراض أخرى:
		هل طلب منك طبيبك إجراء فحص للقلب؟ (مثل: مخطط كهربية القلب، مخطط صدى القلب)
		هل تشعر بدوار أو بضيق زائد في التنفس أثناء ممارستك للرياضة؟
		هل أنت مصاب باضطراب ايات تشنج أو سبق لك الإصابة بنوبة تشنج مجهولة السبب؟
		هل تشعر بتعب زائد أو ضيق في التنفس بسرعة أكبر من أصدقائك أثناء التمرين؟
لا	نعم	أسئلة عن صحة القلب الخاصة بعائلتك
		هل سبق لأي فرد من أفراد عائلتك الإصابة بإغماء أو تشنج أو شبه غرق مجهول السبب؟
		هل يعاني أي فرد من أفراد عائلتك من أي مشكلة في القلب، أو يستخدم منظماً لضربات القلب، أو ناظمة مغروسة مزيلة للرجفان؟
		هل توفي أي من أفراد عائلتك أو أقاربك بسبب مشاكل في القلب، أو توفي بشكل مفاجئ أو مجهول السبب قبل بلوغه 50 سنة (يشمل ذلك الغرق، أو حوادث السيارات مجهولة السبب أو متلازمة موت الرضع الفجائي)؟
		هل يعاني أي من أفراد عائلتك من اعتلال عضلة القلب الضخامي، أو متلازمة مارفان، أو اعتلال عضلة القلب البطني الأيمن اللانظمي، أو متلازمة كيو تي الطويلة، أو متلازمة كيو تي القصيرة، أو متلازمة بروجادا، أو تسرع القلب البطني متعدد الأشكال الكاتيكولاميني؟
لا	نعم	أسئلة عن العظام والمفاصل
		هل سبق أن تعرضت لإصابة في العظام، أو العضلات، أو الأربطة، أو الأوتار حالت دون ممارستك للرياضة أو للعبة الرياضية؟
		هل سبق لك أن عانيت من أي كسر أو تمزق في العظام، أو خلع في المفاصل، أو كسر بسبب الاجتهاد المفرط؟
		هل سبق أن تعرضت لإصابة استلزم إجراء أشعة سينية أو رنين مغناطيسي أو أشعة مقطعية، أو أخذ حقن أو علاج، أو استخدام دعامة أو جبيرة أو عكاز؟
		هل تستخدم أي دعامة، أو جهاز لتقويم العظام، أو أي جهاز مساعد آخر بانتظام؟
		هل تعاني من أي إصابة في العظام، أو العضلات، أو المفاصل؟
		هل تعاني من أي ألم أو تورم أو احمرار أو سخونة في أي مفصل من مفاصلك؟
		هل أنت مصاب بالتهاب المفاصل اليفعي أو بداء النسيج الضام؟
		هل سبق لك إجراء أشعة سينية بسبب عدم ثبات الرقبة أو عدم ثبات المفصل الفهقي المحوري (متلازمة داون أو التقرم)؟

**نموذج الفحص البدني والتصريح الطبي: يُملاً بواسطة الطبيب الفاحص أو طبيب تقويم العظام أو مساعد الطبيب أو الممرض الممارس ويُرد إلى المريض مباشرة**

الطول: الوزن:  ذكر  أنثى ضغط الدم: / النبض: الإبصار: العين اليمنى 20 / العين اليسرى 20 / التصحيح:  نعم  لا

الحالة الطبية	طبيعي	غير طبيعي	الجهاز العضلي الهيكلي	طبيعي	غير طبيعي
المظهر: علامات متلازمة مارفان (جنف حدابي، حنك عالي التقوس، تقعر الصدر، عنكبوية الأصابع، امتداد الذراعين أكبر من طول الجسم، ليونة مفرطة في المفاصل، قصر النظر، ارتخاء الصمام الميترالي، قصور الأبهر)			العنق		
العينان/الأذنان/الأنف/الحلق:	تماثل الحدقتين	السمع	الظهر		
الغدة الليمفاوية			الكتف/الذراع		
القلب: النخفات (التسمع أثناء الوقوف، أثناء الاستلقاء، +/4 - منارة فاسالفا) موقع نقطة الدفعة القسوى (IMP)			المرفق/الساعد		
التيضات: النتيضات الفخذية والإشعاعية المتزامنة			المعصم/الكف/الأصابع		
الرنثان			الورك/الفخذ		
البطن			الركبة		
المسالك البولية (الذكور فقط)			الساق/الكاحل		
الجلد: الهريس البسيط:		الأفات التي تشير إلى داء العقنودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين، سعفة الجسد	القدم/أصابع القدم		
الأعصاب			المشي المتمايل (مشية البطة)		

التوصيات:

أقر بأنني قد قمت بفحص الطالب المذكور أعلاه، وأؤكد أنه قادر على المنافسة في الأنشطة الرياضية الخاضعة للإشراف المذكورة أدناه (باستثناء الأنشطة المحذوفة).

كرة البيسبول - كرة السلة - البولينج - التشجيع في المنافسات الرياضية - فز الحواجز - كرة القدم الأمريكية - الجولف - الجمباز - هوكي الجليد

اللاكروس - التزلج - كرة القدم - الكرة اللينة - السباحة/الغطس - التنس - ألعاب القوى - الكرة الطائرة - المصارعة  
اسم الفاحص (مطبوع): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_



توقيع الفاحص: \_\_\_\_\_ (حدد أحد الخيارات التالية):  طبيب فاحص  طبيب تقويم عظام  مساعد طبيب  ممرض ممارس

(يمكن فصل هذا الجزء من النموذج إذا لزم أن يكون بحوزة الطالب-الرياضي)

**نموذج معلومات الطوارئ: يُملاً بواسطة أحد الوالدين أو الوصي أو شخص عمره 18 سنة**

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ الصف الدراسي: \_\_\_\_\_ الطبيب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
 هاتف منزلي رقم: \_\_\_\_\_ هاتف خلوي رقم: \_\_\_\_\_  
 هاتف منزلي رقم: \_\_\_\_\_ هاتف خلوي رقم: \_\_\_\_\_  
 التفاعلات الدوائية: \_\_\_\_\_ الأدوية الحالية: \_\_\_\_\_  
 الحساسية: \_\_\_\_\_  
 النموذج أ: 20 فبراير 2017

## نموذج الفحص البدني (السابق للمشاركة في الموسم الرياضي) والموافقة والتأمين



تُملأ الخانات الخاصة بالعناوين المظللة بواسطة الطالب، أو أحد الوالدين/الوصي، أو شخص عمره 18 سنة

توجد أربعة (4) توقيعات في صفحة رقم 4 يُملأ بواسطة الطالب، و/أو أحد الوالدين/الوصي، و/أو شخص عمره 18 سنة

الفحص البدني للسنة الحالية = الفحص الذي تم إجراؤه في 15 أبريل من السنة الدراسية السابقة أو بعد ذلك التاريخ

اسم الطالب:	اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
عنوان الطالب:	الشارع	المدينة	الرقم البريدي
النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى السن:	تاريخ الميلاد:	مكان الميلاد (المدينة/الولاية):	
المدرسة:	الصف الدراسي:	6	7
اسم الوالد/الوصي:	هاتف (المنزل):	هاتف (العمل):	هاتف خلوي:
اسم الأم/الوصي:	هاتف (المنزل):	هاتف (العمل):	هاتف خلوي:
أحد الوالدين/الوصي/شخص عمره 18 سنة:			

### نموذج مشاركة الطالب وموافقة أحد الوالدين أو الوصي أو شخص عمره 18 سنة

أؤكد أن المعلومات المقدمة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي. أقر بموجب توقيعي/توقيع نجلي أدناه، بأنني/أنا قد تلقيت المعلومات التوجيهية الخاصة بإصابات الرأس والتي توافقي اشتراطات إدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ميشيغان (AASHM).

علاوة على ذلك، فنظرًا لمشاركة نجلي في الأنشطة الرياضية التي ترعاها إدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ميشيغان، فإنني/إننا -بموجب هذه الوثيقة- أوافق وأتفهم وأدرك هذا بما يلي: أن المشاركة في هذه الأنشطة الرياضية هي عمل طوعي تمامًا، وأن هذه الأنشطة تتضمن بذل مجهود بدني واحتكاك بين المشاركين، وأن هناك خطورة محتملة لحدوث إصابة شخصية مرتبطة بالمشاركة في هذه الأنشطة، وبأنني أوافق/نوافق بموجب هذه الوثيقة على التنازل عن أي مطالبات أو شكاوى أو دعاوى قضائية ضد إدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ميشيغان، أو أعضائها، أو مسؤوليها، أو ممثليها، أو أعضاء لجانها، أو موظفيها، أو وكلائها، أو محاميها، أو شركات التأمين المتعاقدة معها، أو المتطوعين للعمل بها، أو الشركات التابعة لها، بسبب أي إصابة تحدث لي أو لنجلي أو لأي شخص آخر، سواء كانت تلك الإصابة ناجمة عن خطورة محتملة، أو حادث، أو إهمال، أو خلاف ذلك أثناء أو بسبب مشاركة نجلي في هذه الأنشطة الرياضية.

كما أتفهم أنه يجب عليّ/علينا الالتزام الصارم بجميع السياسات الرياضية السارية في المقاطعة التي تقع بها مدرستي وإدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ميشيغان. بموجب هذا الإقرار، فإنني أوافق/نوافق على مشاركة الطالب المذكور أعلاه في الأنشطة الرياضية المقامة بين المدارس، وعلى تزويد إدارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ميشيغان بجميع المعلومات المطلوبة -ما لم تكن محمية بالقانون الفيدرالي لخصوصية السجلات التعليمية (APREF) وقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (AAPIH) - بغرض تحديد الأهلية للمشاركة في الأنشطة الرياضية المقامة بين المدارس. كما أصرّح لنجلي بمرافقة الفريق بصفته أحد أعضائه في رحلاته خارج المدينة.

1 توقيع الطالب: التاريخ:

2 توقيع الوالد أو الوصي أو شخص عمره 18 سنة: التاريخ:

### بيان التأمين

سيلتزم ابننا/ابنتنا بأحكام التأمين الخاصة بالمقاطعة التي تقع فيها المدرسة.

الطالب-الرياضي لديه تأمين صحي:  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، شركة التأمين الخاصة بالعائلة: الرقم التأميني:

بالإضافة إلى ذلك، أقر بموجب هذه الوثيقة بأن إجاباتي عن أسئلة التاريخ الطبي (انظر الصفحة الخلفية) كاملة وصحيحة على حد علمي.

3 توقيع الوالد أو الوصي أو شخص عمره 18 سنة: التاريخ:

(يمكن فصل هذا الجزء من النموذج إذا لزم أن يكون بحوزة الطالب-الرياضي)

### نموذج الموافقة على العلاج الطبي: يُملأ بواسطة أحد الوالدين أو الوصي أو شخص عمره 18 سنة

أقر أنا -بالغ من العمر 18 سنة، أو والد أو الوصي علي- بعلمي أنه قد ينتج

عن المشاركة في الأنشطة الرياضية الحاجة إلى علاج طبي بشكل عاجل، كما أدرك أن موظفي المدرسة قد لا يتمكنوا من الاتصال بي للحصول على موافقتي لتقديم الرعاية الطبية العاجلة. أؤكد بموجب هذه الوثيقة على موافقتي المسبقة على هذا النوع من الرعاية الطبية العاجلة -بما في ذلك تلقي هذه الرعاية في المستشفيات- حسب ما تقتضيه الضرورة في تلك الظروف، كما أوافق على تحمل نفقات تلك الرعاية.

4 توقيع الوالد أو الوصي أو شخص عمره 18 سنة: التاريخ: