**استمارة الكشف الطبي**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الطالبة** |  | **رقم الهوية** |  |
| **الجوال** |  | **العمر** |  |

**سعادة مدير مستشفى الملك عبدالله بن عبدالعزيز الجامعي المحترم**

**السلام عليكم ورحمة الله وبركاته**

**يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن الوضع الصحي للطالبة وإجراء الفحص والتحاليل اللازمة للتأكد من خلو الطالبة من الامراض رئيسة قسم علوم الرياضة البدنية**

 **د.تهاني بنت صالح الدايل**

**اولا: مؤشر كتلة الجسم :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الطول** | **الوزن** | **BMI** |
|  |  |  |

**ثانيا : إجراء الفحص والتحاليل اللازمة للتأكد من خلو الطالبة من الامراض التالية :**

**توضع علامة √ امام الحالة التي تشكو منها الطالبة مع ضرورة ارفاق صورة من التقرير الطبي للحالة المرضية**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| المشكلة الصحية | Health Problem | نعم | لا | التفاصيل |
| فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط | Thalassemia |  |  |  |
| فقر الدم المنجلي | Sickle Cell Anemia |  |  |  |
| الحساسية | Allergies |  |  |  |
| الربو | Asthma |  |  |  |
| أمراض عصبية | Neurological Diseases |  |  |  |
| صرع | Seizure Disorder / Epilepsy |  |  |  |
| سكري | Diabetes |  |  |  |
| ضغط الدم | Blood Pressure |  |  |  |
| التهابات متكررة | Frequent Infections |  |  |  |
| مشاكل سمعية | Hearing Difficulties |  |  |  |
| صداع متكرر | Frequent Headaches |  |  |  |
| أمراض القلب | Heart Conditions |  |  |  |
| استخدام نظارات طبية/ عدسات لاصقة | Glasses/ Contact Lenses |  |  |  |
| مشاكل نفسية/ عاطفية | Emotional/ Mental Disorder |  |  |  |
| مشاكل صحية أخرى | Other Health Problems |  |  |  |
| إعاقة حركية | Impaired mobility/ physical |  |  |  |

**عمليات جراحية قمت بها سابقاً أو حالياً او مشاكل صحية أو نفسية أو اجتماعية أخرى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**هل تتناولين أدوية بشكل منتظم أو متقطع؟ الرجاء ذكر اسم الدواء والجرعة والمرض.**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الدواء:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **الجرعة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **المرض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**سعادة الدكتورة رئيسة قسم علوم الرياضة البدنية وفقها الله**

**السلام عليكم ورحمة الله وبركاته**

**أعيد لكم تقرير الكشف الطبي للطالبة الموضحة أعلاه حيث كانت النتيجة:**

 **لائقة طبيا**

**غير لائقة طبيا**

 **اسم الطبيب : اسم المستشفى :**

 **التوقيع : ختم المستشفى**

**تعهد الطالبة: أشهد بصحة المعلومات الواردة أعلاه وأتحمل كافة المسئولية في حالة ظهور خلاف ذلك، وعليه أوقع**

اسم الطالبة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيعها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الرقم الجامعي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الجوال :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم السجل المدني : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

حرر في / / 1442 هـ

**\*ملاحظة هامة:**

**يحق للقسم اتخاذ الاجراء اللازم في حال كانت البيانات الوارده في الاستماره غير صحيحه.**