

المدرسة المعمدانية الإنجيلية في بيروت

ملف التلميذ الطبي

Student Health History Record

Please fill and return this Form within 3 days.

الرجاء ملء الإستمارة وإعادتها خلال ثلاثة أيام.

Note that according to BBS policies, information provided stays in strict confidence in the student health record.

بناءً على سياسة المدرسة المعمدانية، فإن المعلومات المزودة تبقى سرية داخل سجل التلميذ الطبي.

Grade & Section / الصفّ والشعبة: _____

Student's Name / إسم التلميذ: _____

Date of Birth / تاريخ الولادة: _____

Birth Weight / وزن وقت الولادة: _____

Blood Type / فئة الدم: _____

Weeks of pregnancy / عدد أسابيع الحمل: _____

Growth and Development

النمو والتطور الصحي

Have you or your pediatrician ever had any concerns about your child's growth or development (Speech/Language, Social Skills, Motor skills, etc.)? No Yes

هل كان لديك أو لدى طبيب أطفالك أي مخاوف تتعلق بفترة النمو لدى طفلك وتطوره الصحي؟ (المهارة الحركية، المهارة الإجتماعية، اللغة/النطق). نعم كلا

If yes, please explain.

إذا كان الجواب "نعم"، الرجاء شرح الحالة الصحية.

Past medical history and current health concerns

الحالة الطبية السابقة والحاضرة

Check yes if your child:

- Had/Has any serious medical illness(es)? هل يعاني ولدك من حالة صحية حادة؟ Yes/نعم No/كلا
- Had/ Has broken bones? هل تعرّض لأي كسور في العظام؟ Yes/نعم No/كلا
- Had/ Has frequent or severe sprains? هل تعرّض لأي خلع حاد؟ Yes/نعم No/كلا
- Had/ Has a history of asthma or wheezing? هل يعاني من ضيق تنفس أو ربو؟ Yes/نعم No/كلا
- Have/ Has to use or is currently using an inhaler or nebulizer? هل يستعمل دائماً جهاز استنشاق أو بخاخاً؟ Yes/نعم No/كلا
- Had any surgery? هل خضع لأيّة جراحة؟ Yes/نعم No/كلا
- Had been hospitalized? هل خضع لمعالجة في المستشفى؟ Yes/نعم No/كلا

If yes, to any of the above, please explain

الرجاء شرح الحالة إذا كانت الإجابة "نعم" على أيّ من الأسئلة.

الرجاء الإجابة بـ "نعم" أو "لا" في حال وجود أي من الحالات الآتية:

Please indicate if student has had (or has) any of the following conditions:

Asthma	الربو	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Bleeding Problem	حالات نزيف	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Diabetes	السكري	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Heart Disease	أمراض القلب	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Immune Disorder	أمراض مناعية مختلفة	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Migraine Headaches	أوجاع الرأس (الشقيقة)	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	السل	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Anemia	فقر الدم	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Seizure	إختلاج	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	إلتهاب الكبد	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Iron deficiency	نقص في الحديد	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Trisomy	تثلث الصبغيات	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Scoliosis	إنحناء العمود الفقري	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Kidney disorder	أمراض الكلى	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Muscle disease	أمراض العضلات	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Cystic Fibrosis	التليف الكيسي	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Hearing problems	مشاكل في السمع	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Vision problems	مشاكل في النظر	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>

Other:

حالات أخرى:

Still under treatment?
If yes, please explain

نعم/Yes كلا/No

لا يزال في مرحلة المعالجة؟

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء شرح الحالة

Are you aware if your child has of any of the following conditions:

هل الأهل على علم بوجود أي من الحالات الآتية لدى ابنهم/ابنتهم:

Learning Disabilities
Slow Learner
Speech Delay
Emotional Disturbance
Autism
Attention Deficit and Hyperactivity Disorders (ADHD)
Any other case that was not mentioned above

صعوبات تعلمية
بطء في الاستيعاب
تأخر في الكلام
اضطرابات نفسية وعاطفية
توحد
إفراط في الحركة وقصور في الانتباه
أي حالة أخرى لم يتم ذكرها

Medications and Allergies

الأدوية والحساسية

Please list current medications, vitamins, and supplements (even if used occasionally):

الرجاء تدوين أسماء الأدوية والفيتامينات الدائمة والطارئة:

Please indicate if the student has an allergy to the following **الرجاء الإجابة بـ"نعم" أو "لا" في حال وجود حساسية على التالي**

Plant/نبات: _____

Food/مأكولات: _____

Medication/دواء: _____

Animal/حيوانات: _____

Bees/نحل: _____

Other Insects/حشرات أخرى: _____

Other/حساسية أخرى: _____

In case of an allergic reaction, what are the medications used? ما هو الدواء المستخدم؟

Immunizations

دفتر اللقاحات

Please bring a copy of your child's immunization records to the school nurse.

الرجاء إحضار نسخة عن دفتر اللقاحات العائد لطفلك وتسليمه لقسم التمريض.

Date: _____ التاريخ: _____

Signature: _____ الإمضاء: _____

For school use only	حقل مخصص للمدرسة
Allergies: <input type="checkbox"/> Yes	_____
Asthma: <input type="checkbox"/> Yes	_____
Diabetes: <input type="checkbox"/> Yes	_____
Medication(s) <input type="checkbox"/> Yes	_____
Others	_____

المدرسة المعمدانية الإنجيلية في بيروت

ملف التلميذ الطبي

Student Health History Record

Please fill and return this Form within 3 days.

الرجاء ملء الإستمارة وإعادتها خلال ثلاثة أيام.

Note that according to BBS policies, information provided stays in strict confidence in the student health record.

بناءً على سياسة المدرسة المعمدانية، فإن المعلومات المزودة تبقى سرية داخل سجل التلميذ الطبي.

Grade & Section / الصفّ والشعبة: _____

Student's Name / إسم التلميذ: _____

Date of Birth / تاريخ الولادة: _____

Birth Weight / وزن وقت الولادة: _____

Blood Type / فئة الدم: _____

Weeks of pregnancy / عدد أسابيع الحمل: _____

Growth and Development

النمو والتطور الصحي

Have you or your pediatrician ever had any concerns about your child's growth or development (Speech/Language, Social Skills, Motor skills, etc.)? No Yes

هل كان لديك أو لدى طبيب أطفالك أي مخاوف تتعلق بفترة النمو لدى طفلك وتطوره الصحي؟ (المهارة الحركية، المهارة الإجتماعية، اللغة/النطق). نعم كلا

If yes, please explain.

إذا كان الجواب "نعم"، الرجاء شرح الحالة الصحية.

Past medical history and current health concerns

الحالة الطبية السابقة والحاضرة

Check yes if your child:

- Had/Has any serious medical illness(es)? هل يعاني ولدك من حالة صحية حادة؟ Yes/نعم No/كلا
- Had/ Has broken bones? هل تعرّض لأي كسور في العظام؟ Yes/نعم No/كلا
- Had/ Has frequent or severe sprains? هل تعرّض لأي خلع حاد؟ Yes/نعم No/كلا
- Had/ Has a history of asthma or wheezing? هل يعاني من ضيق تنفس أو ربو؟ Yes/نعم No/كلا
- Have/ Has to use or is currently using an inhaler or nebulizer? هل يستعمل دائماً جهاز استنشاق أو بخاخاً؟ Yes/نعم No/كلا
- Had any surgery? هل خضع لأيّة جراحة؟ Yes/نعم No/كلا
- Had been hospitalized? هل خضع لمعالجة في المستشفى؟ Yes/نعم No/كلا

If yes, to any of the above, please explain

الرجاء شرح الحالة إذا كانت الإجابة "نعم" على أيّ من الأسئلة.

الرجاء الإجابة بـ "نعم" أو "لا" في حال وجود أي من الحالات الآتية:

Please indicate if student has had (or has) any of the following conditions:

Asthma	الربو	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Bleeding Problem	حالات نزيف	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Diabetes	السكري	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Heart Disease	أمراض القلب	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Immune Disorder	أمراض مناعية مختلفة	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Migraine Headaches	أوجاع الرأس (الشقيقة)	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	السل	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Anemia	فقر الدم	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Seizure	إختلاج	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	إلتهاب الكبد	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Iron deficiency	نقص في الحديد	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Trisomy	تثلث الصبغيات	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Scoliosis	إنحناء العمود الفقري	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Kidney disorder	أمراض الكلى	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Muscle disease	أمراض العضلات	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Cystic Fibrosis	التليف الكيسي	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Hearing problems	مشاكل في السمع	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>
Vision problems	مشاكل في النظر	Yes/نعم	<input type="checkbox"/>	No/كلا	<input type="checkbox"/>

Other:

حالات أخرى:

Still under treatment?
If yes, please explain

نعم/Yes كلا/No

لا يزال في مرحلة المعالجة؟

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء شرح الحالة

Are you aware if your child has of any of the following conditions:

هل الأهل على علم بوجود أي من الحالات الآتية لدى ابنهم/ابنتهم:

Learning Disabilities
Slow Learner
Speech Delay
Emotional Disturbance
Autism
Attention Deficit and Hyperactivity Disorders (ADHD)
Any other case that was not mentioned above

صعوبات تعليمية
بطء في الاستيعاب
تأخر في الكلام
اضطرابات نفسية وعاطفية
توحد
إفراط في الحركة وقصور في الانتباه
أي حالة أخرى لم يتم ذكرها

Medications and Allergies

الأدوية والحساسية

Please list current medications, vitamins, and supplements (even if used occasionally):

الرجاء تدوين أسماء الأدوية والفيتامينات الدائمة والطارئة:

Please indicate if the student has an allergy to the following **الرجاء الإجابة بـ"نعم" أو "لا" في حال وجود حساسية على التالي**

Plant/نبات: _____

Food/مأكولات: _____

Medication/دواء: _____

Animal/حيوانات: _____

Bees/نحل: _____

Other Insects/حشرات أخرى: _____

Other/حساسية أخرى: _____

In case of an allergic reaction, what are the medications used? ما هو الدواء المستخدم؟

Immunizations

دفتر اللقاحات

Please bring a copy of your child's immunization records to the school nurse.

الرجاء إحضار نسخة عن دفتر اللقاحات العائد لطفلك وتسليمه لقسم التمريض.

Date: _____ التاريخ: _____

Signature: _____ الإمضاء: _____

For school use only	حقل مخصص للمدرسة
Allergies: <input type="checkbox"/> Yes	_____
Asthma: <input type="checkbox"/> Yes	_____
Diabetes: <input type="checkbox"/> Yes	_____
Medication(s) <input type="checkbox"/> Yes	_____
Others	_____