



# المدرسة المعمدانية الإنجيلية في بيروت



## ملف التلميذ الطبي

### Student Health History Record

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.

Full Student's Name / إسم التلميذ الكامل: \_\_\_\_\_

Grade / الصف: ES K1 K2 K3 G1 G2 G3 G4 G5 G6 G7 G8 G9 G10 G11 G12

Date of Birth / تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_ Birth Weight / الوزن وقت الولادة: \_\_\_\_\_

Weeks of pregnancy / عدد أسابيع الحمل: \_\_\_\_\_

Blood Type / فئة الدم: O+ O- A+ A-



B+ B- AB+ AB-

### 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.)?

Yes/نعم

No/لا

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

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:

ضع علامة على نعم إذا ولدك:

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

If yes, to any of the above, please explain

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

---

---

---

---

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

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

Asthma	الرّبو	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 الدّم	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 الرّأس (الشقيقة)	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	السلّ	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Anemia	فقر الدّم	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	تثالث 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 السّمع	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"/>
Epilepsy	كهرباء في الرّأس	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Tachycardia (fast heart rate)	عدم انتظام في دقات القلب (سرعة في دقات القلب)	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>

Other:

حالات أخرى:

Still under treatment? Yes/نعم  No/كلا   
If yes, please explain and attach a medical report.

لا يزال في مرحلة المعالجة؟

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء شرح الحالة ورفاق التقرير الطبي.

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	صعوبات تعلمية	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Slow Learner	بطء في الاستيعاب	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Speech Delay	تأخر في الكلام	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Emotional Disturbance	اضطرابات نفسية وعاطفية	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Autism	توحّد	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Attention Deficit and Hyperactivity Disorders (ADHD)	إفراط في الحركة وقصور في الإنتباه	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Panic attach in the last 5 year, if yes explain the symptoms below	نوبة ذعر خلال ال 5 سنوات الماضية، إذا نعم إشرح العوارض التي عانى منها خلال النوبة	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>
Any other case that was not mentioned above	أي حالة أخرى لم يتمّ ذكرها	Yes/نعم <input type="checkbox"/>	No/كلا <input type="checkbox"/>

Is the student vaccinated against Covid 19?  
If yes, circle the vaccine type  
How many doses? كم جرعة تلقّيت؟

هل التلميذ ملقّح ضدّ كوفيد 19؟  
Sputnik V AstraZeneca Pfizer Covilo

## 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/ماكولات: \_\_\_\_\_

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:  Yes \_\_\_\_\_

Asthma:  Yes \_\_\_\_\_

Diabetes:  Yes \_\_\_\_\_

Medication(s):  Yes \_\_\_\_\_

Others \_\_\_\_\_

---

School Nurse Name and Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_