

الاستمارة الصحية

المعتمدة في مركز نور الوادي للإعاقة الذهنية

الاسم:----- الجنس:-----

تاريخ ومكان الميلاد:-----

اسم الأب:----- عمره :-----

اسم الأم:----- عمرها:-----

العنوان:-----

ما هي مشكلة الشخص الرئيسية:-----

طولهُ:----- وزنه:----- صفة مميزة:----- حجم الرأس:-----

ما أسباب الإعاقة حسب رأي الطبيب المعالج:-----

هل تعرضت الأم لمرض ما أثناء الحمل والأدوية التي أخذتها:-----

هل تعرضت الأم لمشاكل نفسية أثناء الحمل :-----

هل تعرضت الأم لتصوير أشعة سينية أثناء الحمل:-----

أين تمت الولادة: في المنزل----- (قابلة)----- في المشفى:----- طبيعية----- قيصرية-----

أمراض تعرض لها أثناء الطفولة: جدي الماء----- الحصبة----- شلل الأطفال-----

السل----- الخانوق----- أمراض أخرى-----

هل أخذ كل اللقاحات المخصصة له:-----

إعاقته مزدوجة أم منفردة:-----

هل يعاني من مرض دائم:----- ما اسم الدواء الذي يتناوله:-----

ما زمرة الدم لديه:-----

هل أجريت له عملية جراحية:----- ما هي:----- كم كان عمره-----

هل يتابع علاجاً فيزيائياً أو خاصاً:----- ما هو----- ما السبب-----

متى كانت آخر زيارة للطبيب:-----

هل هناك أحد من أقاربه لديه إعاقة:----- ما هي-----

تاريخ إنشاء الاستمارة :

الطبيب