

# التقرير الاجتماعي

## المعتمد في مركز نور الوادي للإعاقة الذهنية

الاسم:----- الجنس:-----

تاريخ ومكان الولادة:-----

نوع الإعاقة:-----

اسم الأب:----- مكان وتاريخ الولادة:-----

درجة الثقافة:----- المهنة:-----

اسم الأم:----- مكان وتاريخ الولادة:-----

درجة الثقافة:----- المهنة:-----

مكان الإقامة الدائم:-----

الهاتف:-----

هل يوجد قرابة بين الأهل ( الزوجين ):----- ما هي درجة القرابة:-----

إن لم تكن الإعاقة قد حدثت أثناء الولادة بأي عمر أصيب الشخص:-----

سبب الإعاقة:-----

بأي عمر اكتشفت الإعاقة :-----

من أشرف على علاجه حينها -----

ما هي الخطوات التي قام بها الأهل على طريق معالجة ولدهم:-----

هل يوجد مرض وراثي أو إعاقة عند أحد الأبوين وما نوع الإعاقة -----

هل يوجد مرض وراثي أو إعاقة عند أحد الأقارب من الدرجة الأولى وما هي:

هل يقيم أحد مع العائلة الصغيرة (أم- أب-أولاد) مثل الجد - العمة-----الخ:-----

(يرجى ملأ الجدول بالمعلومات المطلوبة عن الأولاد في الأسرة بما فيها الطفل المعاق بحسب ترتيبه)

الرقم	الاسم	الجنس	تاريخ الميلاد/العمر	الشهادة	العمل	بأي عمر تكلم	بأي عمر مشى	ملاحظات أخرى
1								
2								
3								
4								
5								
6								

### معلومات حول الحمل:

مدة الحمل: ----- كيفية الولادة: سهلة ----- قصيرة ----- مبكرة ----- تعسر -----

مكان الولادة: -----

المشرف على الولادة: قابلة ----- , طبيب -----

هل تعاطت الأم أدوية م أثناء الحمل: -----

هل كان الحمل مرغوب به من قبل الأهل: -----

سبب الإعاقة أثناء الولادة: النفاس الحبل السري ----- ازرقاق ----- سحب بالمحجم -----

تأخر الصرخة الأولى -----

إن لم تكن الإعاقة قد حدثت أثناء الولادة بأي عمر أصيب الشخص: -----

سبب الإعاقة: -----

بأي عمر اكتشفت الإعاقة: ----- من أشرف على علاجه حينها -----

----- ما هي الخطوات التي قام بها الأهل على طريق معالجة ولدهم:-----  
-----  
-----

### معلومات حول مرض الطفل:

----- هل أصيب: الحصبة-----اليرقان الولادي-----السحايا-----النكاف-----الحمى التيفية-----

----- إذا أصيب بأحد هذه الأمراض أين وكيف تمت معالجته:-----  
-----

----- هل أخذ كل اللقاحات المخصصة له:-----  
-----

----- هل يعاني من مرض دائم:-----  
-----

----- هل تتنابه نوبات صرعية:-----  
-----

----- ما هو الدواء الذي يتناوله باستمرار:-----  
-----

### معلومات عن مراحل النمو:

----- بأي عمر ظهرت أسنانه:-----  
-----

----- بأي عمر مشى:-----  
-----

----- بأي عمر استطاع أن يجلس لوحده:-----  
-----

----- بأي عمر كان نظيفاً (المرحاض):-----  
-----

----- بأي عمر بدأ يتكلم:-----  
-----

----- هل ينام لوحده دون مرافقة:-----  
-----

هل يستطيع القيام بما يلي:

يأكل لوحده:-----

يلبس ثيابه لوحده:-----

يسرح شعره لوحده:-----

يلبس حذاءه لوحده:-----

هل يعتمد على ذاته بشكل: جيد-----وسط-----سيئ-----

### معلومات اجتماعية:

ما هي درجة قبول الأهل له:----- وكيف نرى قبولهم له:-----

ما هي درجة قبول أخوته له:-----

ما هي درجة قبول المحيط العام له(أقرباء- زوار- جيران- معارف)-----):

هل يحب اللعب:----- لوحده----- مع الآخرين-----

من الأقرب إليه من أفراد الأسرة:----- السبب:-----

ما هي الألعاب المفضلة لديه:-----

هل هو: خمول----- كثير النشاط----- قلق وخائف----- عدواني----- هادئ----- منطوي-----

سلوكه بشكل عام:-----

ما الذي قام به الأهل من خطوات تجاه مساعدة الابن المعوق ولتتعرفوا أكثر على مشكلته:

كتب ومراجع:-----

أطباء:-----

أخصائيين:-----

مراكز مختصة:-----

هل ألحقوا ابنهم بالمدارس العامة:----- ما هي الفترة:-----

هل هناك تمييز بين الابن المعوق وأخوته الباقين:-----

هل يرغب الأهل بانضمامه لمركزنا:----- السبب:-----

ماذا يأمل من ذلك:-----

هل يرغب الأهل بالتعرف أكثر على كيفية التعامل مع ابنهم المعوق:-----

معلومات أخرى إضافية لم تسأل يعطيها الأهل:-----

ملاحظات الأخصائي الاجتماعي:-----

اسم منظم التقرير:-----

التوقيع:-----

التاريخ:-----

مدير المركز

-----