

نموذج اجتياز الفحص الطبي

يجب إرفاق هذا النموذج بملف الطالب لدى المدرسة قبل المشاركة مع أي فريق رياضي

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ السن: _____ النوع: ذ / أ

العنوان: _____

هاتف المنزل: _____ - _____ - _____

المدرسة: _____ الفصل الدراسي: _____ الرياضيات: _____

أقر بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه قد خضع للتقييم الطبي ويُعد لائقًا طبيًا لما يلي: (حدد مربعًا واحدًا)

(1) المشاركة في جميع الأنشطة المدرسية بدون تقييد.

(2) غير لائق لـ: جميع الرياضيات رياضيات معينة

اشطب الرياضيات المعنية أدناه التي لا يصلح للطالب المشاركة فيها.

التصنيف الرياضي على أساس درجة الاحتكاك:

رياضيات الاحتكاك التصادمي	رياضيات محدودة الاحتكاك	رياضيات بدون احتكاك
كرة السلة اللكروس للذكور الغوص كرة القدم الأمريكية	التزلج على جبال الألب الكرة اللينة للإناث	البولينج قفز الحواجز الجولف السباحة التنس
هوكي الجليد كرة القدم المصارعة	البيسبول التشجيع التنافسي اللكروس للإناث جيمباز للإناث	العدو ألعاب القوى رمي القرص دفع الجلة

تصنيف الرياضيات على أساس الشدة والقوة:

شدة عالية حركية عالية إلى متوسطة ثبوتية عالية إلى متوسطة	شدة عالية حركية عالية إلى متوسطة ثبوتية منخفضة	شدة منخفضة حركية منخفضة ثبوتية منخفضة
التزلج على جبال الألب قفز الحواجز كرة القدم الأمريكية هوكي الجليد	البيسبول اللكروس (للذكور والإناث) كرة القدم الكرة اللينة للإناث	السباحة التنس الكرة الطائرة للإناث
ألعاب القوى - الجري لمسافة طويلة ألعاب القوى - العدو السريع المصارعة	التشجيع التنافسي للإناث الغوص ألعاب القوى جيمباز للإناث	البولينج الجولف

(3) يحتاج إلى مزيد من التقييم قبل إصدار التوصية النهائية.

توصيات إضافية للمدرسة أو الوالدين: _____

لقد قمت بفحص الطالب المذكور اسمه أعلاه وأكملت التقييم الطبي قبل المشاركة. لا يظهر على هذا الرياضي أي موانع طبية لممارسة الرياضات المذكورة أعلاه والمشاركة فيها. توجد نسخة من الفحص الطبي في السجل في مكتبي ويمكن تقديمها للمدرسة بناءً على طلب الوالدين. عند حدوث أي مشكلة بعد إجازة الرياضي للمشاركة؛ يجوز للجهة المعنية سحب الإجازة حتى حل المشكلة والتوضيح الكامل للعواقب المحتملة للرياضي (والوالدين/الأوصياء).

توقيع الطبيب: _____ الطبيب القائم بالفحص أو طبيب الطب التقيمي أو الطبيب المساعد أو الممرضة المساعدة / تاريخ الفحص: _____

الاسم المطبوع للطبيب: _____

يُرجى تصوير جانبي هذه الصحيفة للطالب وارجاعها إلى المدرسة ويتم حفظ النموذج الكامل في السجل الطبي للطالب

العنوان: _____

هاتف المكتب: _____ - _____ - _____

> يمكن فصل هذا الجزء من النموذج إذا كان مطلوبًا لمراقبة طالب رياضي <

معلومات للطوارئ من أجل:

الفصل الدراسي: _____

أنواع الحساسية - ردود الفعل للأدوية - الأدوية الحالية:

معلومات طبية خاصة أخرى: _____

الاتصال في حالة الطوارئ: _____

العلاقة: _____

الهاتف: (المنزل) _____ - _____ - _____ (العمل) _____ - _____ - _____ (الهاتف الخليوي) _____ - _____ - _____

الهاتف الشخصي _____ هاتف المكتب _____ - _____ - _____

نموذج المعلومات والموافقة

- يُستوفى بواسطة أحد الوالدين/الوصي أو شخص بالغ عمره 18 سنة أو طالب رياضي أكبر سنًا؛ يُرجى استيفاء هذا النموذج لضمان الصحة الجيدة والسلامة للطلاب الرياضي.
- يجب التوقيع في أربعة (4) أماكن بواسطة أحد الوالدين/الوصي أو شخص بالغ عمره 18 سنة أو طالب رياضي أكبر سنًا (أدناه وفي الصفحة رقم 3)
- يجب إجراء الفحص في يوم **15 أبريل أو بعده** حتى يكون صالحًا للعام الدراسي التالي
- يجب حفظ نسختين من الصفحتين الأوليين - نموذج الإجازة ونموذج المعلومات والموافقة - في ملف لدى القسم الرياضي بالمدرسة

اسم الطالب:	الأخير	الأول	الأوسط
النوع:	الفصل الدراسي:	السن:	تاريخ الميلاد:
المدرسة:	الرياضة (الرياضات):		
عنوان الطالب:	الشارع		
الشارع	المدينة	الرمز البريدي	
اسم الأب/الوصي:			
الهاتف (المنزل):	(العمل):	(الخليوي):	
اسم الأم/الوصي:			
الهاتف (المنزل):	(العمل):	(الخليوي):	

مشاركة الطالب وموافقة الوالدين أو الوصي أو الطالب البالغ عمره 18 عامًا

تُعد المعلومات الواردة هنا صادقة إلى حد علمي. بتوقيعي/توقيع ابني أدناه، أقر/نقر بأنني تلقيت معلومات تثقيفية عن الارتجاج بما يلبي متطلبات إدارة ولاية ميتشيغان للخدمات الصحية والإنسانية والاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيغان. وعلاوة على ذلك، نظير مشاركتي/مشاركة ابني في الألعاب الرياضية التي يراها الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيغان (MHSAA)، أوافق/نوافق وأدرك وأقدر وأقر بموجب هذا الطلب: أن المشاركة في هذه الألعاب طوعية بحتة؛ تتضمن هذه الأنشطة بذل مجهود بدني واحتكاك وهناك خطر كامن للإصابة المرتبطة بالمشاركة في هذه الأنشطة والتي تعتبر الخطر الذي أفترضه/نفترضه؛ وأوافق/نوافق، بموجب هذا الطلب، على التنازل عن أي وجميع المطالبات أو الدعاوى أو الخسائر أو الإجراءات أو أسباب الإجراء ضد الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيغان (MHSAA) وأعضائه ومسؤوليه وموظفيه وأعضاء اللجنة والموظفين والوكلاء والمحامين وشركات التأمين والمتطوعين والشركات التابعة له على أساس أي إصابة تحدث لي أو لابني أو أي شخص، سواء بسبب المخاطر الكامنة أو الحوادث أو الإهمال أو غير ذلك، أثناء مشاركتي/مشاركة ابني أو الناشئة بأي شكل من الأشكال عن الألعاب الرياضية برعاية الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيغان (MHSAA).

أدرك/ندرك أنه يجب عليّ/علينا الالتزام الصارم بجميع السياسات الرياضية السارية في منطقة مدرستي وفي الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيغان. بموجب هذا الإقرار أوافق/نوافق على مشاركة الطالب المذكور اسمه أعلاه في الأنشطة الرياضية بين المدارس، وعلى تزويد الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيغان (MHSAA) بجميع المعلومات المطلوبة - حتى تلك المحمية بالقانون الفدرالي لخصوصية السجلات التعليمية (FERPA) وقانون منقولية ومسؤولية التأمين الصحي (HIPAA) - لغرض تحديد الأهلية للمشاركة في الأنشطة الرياضية بين المدارس. أعطيت الإذن لطفلي بمرافقة الفريق كعضو في رحلات الفريق خارج المدينة.

توقيع الطالب: _____ التاريخ: _____

توقيع الوالد أو الوصي أو شخص يبلغ 18 سنة _____ التاريخ: _____

بيان التأمين: سوف يلتزم ابننا/تلتزم ابنتنا بأحكام التأمين المحددة الخاصة بمنطقة المدرسة.

الطالب الرياضي له تأمين صحي: نعم لا

إن كان نعم، شركة تأمين الأسرة: _____ رقم معرف التأمين # _____

الموافقة على العلاج الطبي: أقر أنا، _____، بالغ 18 سنة، أو والد أو وصي علي

أنه قد ينتج عن المشاركة في الأنشطة الرياضية الحاجة إلى العلاج الطبي في حالة الطوارئ، كما أقر أن موظفي المدرسة قد لا يمكنهم الاتصال بي للحصول على موافقتي على تلقي العناية الطبية في حالة الطوارئ. بموجب هذا المستند أوافق مقدمًا على هذا النوع من الرعاية الطارئة بما في ذلك دخول مستشفى وحسب ما تقتضيه الضرورة في تلك الظروف، كما أوافق على تحمل نفقات تلك الرعاية.

توقيع الوالد أو الوصي أو شخص يبلغ 18 سنة _____ التاريخ: _____

التقييم الطبي قبل المشاركة

نموذج الفحص الطبي

(ملاحظة: يُستوفى هذا النموذج بواسطة المريض وأحد الوالدين قبل الذهاب إلى مقدم الرعاية . يجب على مقدم الرعاية الاحتفاظ بهذا النموذج في المخطط.)

تاريخ الفحص _____

الاسم _____

النوع _____

السن _____ الفصل الدراسي _____ المدرسة _____ الرياضة (الرياضات) _____ تاريخ الميلاد _____

الأدوية وأنواع الحساسية: يُرجى تسجيل جميع الأدوية التي تستخدمها حالياً سواء الموصوفة لك بأمر الطبيب أو التي بدون وصفة طبية أو المكملات الغذائية (الأعشاب الطبية والمركبات الغذائية).

هل تعاني من أي نوع من الحساسية؟ نعم لا إن كان نعم؛ يُرجى تحديد نوع الحساسية أدناه.

أدوية حبوب لقاح أغذية حشرات لاسعة

نُرجى توضيح الإجابات بـ "نعم" أدناه. ضع دائرة حول الأسئلة التي لا تعرف إجابة لها.

لا	نعم	أسئلة طبية
		26. هل تعاني من سعال أو أزيز في النفس أو صعوبة في التنفس أثناء التمرين أو بعده؟
		27. هل سبق أن استخدمت جهاز استنشاق أو دواء للربو؟
		28. هل هناك أحد في عائلتك مصاب بالربو؟
		29. هل ولدت بدون كُلية أو عين أو خصيتين (للذكور) أو الطحال أو أي عضو آخر أو فقدت ذلك العضو بعد الولادة؟
		30. هل تعاني من ألم أو انتفاخ مؤلم أو فبق في الفخذ؟
		31. هل أصبت بداء كثرة الوحيدات المعدية خلال الشهر الماضي؟
		32. هل تعاني من أي طفح جلدي أو قروح ضغط أو مشكلات جلدية أخرى؟
		33. هل سبق أن أصبت بمرض الهربس أو عدوى جلدية من نوع العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين؟
		34. هل أصبت بجرح في الرأس أو ارتجاج في المخ قبل ذلك؟
		35. هل سبق أن أصبت بضرية في الرأس أدت إلى ارتجاج في المخ أو شعورك بصداق لمدة طويلة أو اضطرابات في الذاكرة؟
		36. هل لديك تاريخ من اضطراب بنوبات صرعية؟
		37. هل تعاني من صداع أثناء التمرين؟
		38. هل سبق أن أصبت بخدر أو نمل أو ضعف في الذراعين أو الساقين بعد تعرضك لضرب أو سقوط؟
		39. هل سبق أن أصبت بعدم القدرة على تحريك الذراعين أو الساقين بعد تعرضك للضرب أو السقوط؟
		40. هل شعرت بالإعياء أثناء ممارسة تمارين رياضية في جو حار؟
		41. هل تعاني من تكرار تشنجات العضلات أثناء التمرين؟
		42. هل تعاني أنت أو شخص ما في عائلتك من سمة أو مرض فقر الدم المنجلي؟
		43. هل تعاني من مشكلات في العينين أو الرؤية؟
		44. هل تعاني من إصابات في العيّن؟
		45. هل ترتدي نظارات أو عدسات لاصقة؟
		46. هل ترتدي نظارات أو واقياً للوجه؟
		47. هل أنت قلق بشأن وزنك؟
		48. هل تحاول زيادة وزنك أو انقاصه أو أوصاك أحد بذلك؟
		49. هل تسيطر على نظام غذائي معين أو تتجنب تناول أنواع معينة من الأطعمة؟
		50. هل سبق لك أن أصبت باضطراب متعلق بالأكل؟
		51. هل سبق لك أن أخذت لقاح الكزاز والخناق مع لقاح السعال الديكي اللاخوي (Tdap)؟
		52. هل فقدت أيًا من التطعيمات الموصى بها (مثل لقاح الكزاز والخناق مع لقاح السعال الديكي اللاخوي (Tdap)، المكورات السحائية (MCV4)، فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)، الحصا، الكاف، والحصبة والحصبة الألمانية (MMR)، الأنفلونزا)؟
		53. هل لديك أي مشكلات تود مناقشتها مع طبيب؟
		لثلاث فقط
		52. هل جاءتك الدورة الشهرية قبل ذلك؟
		53. كم كان عمرك عندما جاءتك أول دورة شهرية؟
		54. كم دورة شهرية جاءتك خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟

يُرجى توضيح الإجابات بـ "نعم" هنا:

لا	نعم	أسئلة عامة
		1. هل سبق أن منعك الطبيب من المشاركة في رياضات أو قيّد مشاركتك فيها لأي سبب من الأسباب؟
		2. هل تعاني من أي حالات طبية مستمرة؟ إن كان نعم، يُرجى تحديدها <input type="checkbox"/> الربو <input type="checkbox"/> فقر الدم (أنيميا) <input type="checkbox"/> مرض السكري <input type="checkbox"/> أنواع من العدوى حالات أخرى: _____
		3. هل سبق لك أن قضيت ليلة في مستشفى؟
		4. هل أجريت لك جراحة قبل ذلك؟
		أسئلة عن صحة القلب تتعلق بك
		5. هل سبق أن أصبت بإغماء أو شبه إغماء أثناء أو بعد ممارسة تمارين رياضية؟
		6. هل سبق أن شعرت بعدم ارتياح أو ألم أو ضيق أو ضغط في الصدر أثناء التمرين؟
		7. هل تشعر بتسارع في نبضات قلبك أو فقدان نبضات (نبض غير منتظم) أثناء التمرين؟
		8. هل سبق أن أخبرك طبيب بأنك تعاني من أي مشاكل في القلب؟ إن كان نعم، حدد جميع ما ينطبق: <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> ارتفاع الكوليسترول <input type="checkbox"/> مرض كوراسكي <input type="checkbox"/> التهاب في القلب <input type="checkbox"/> حالات أخرى: _____
		9. هل سبق أن طلب منك الطبيب إجراء اختبار لقلبك؟ (على سبيل المثال، رسم القلب الكهربائي، مخطط صدى القلب)
		10. هل تشعر بتدوير أو قصر في النفس غير طبيعي أثناء التمرين؟
		11. هل سبق لك أن أصبت بنوبة غير مبررة؟
		12. هل تشعر بتعب كبير أو قصر في النفس بسرعة أكبر من أصدقائك أثناء التمرين؟
		أسئلة عن صحة القلب تتعلق بعائلتك
		13. هل مات أي فرد من عائلتك أو قريب لك بسبب مشاكل في القلب أو حدث له موت مفاجئ غير متوقع قبل بلوغ 50 سنة (بما في ذلك الغرق، حادث سيارة غير مبرر أو متلازمة موت الرضع المفاجئ)؟
		14. هل يعاني أحد في عائلتك من اعتلال عضلة القلب الضخامي المتسادي أو متلازمة QT الطويلة أو متلازمة QT القصيرة أو متلازمة بروجندا أو تسارع القلب البطيئ عند أشكال الكاتيكولاميني؟
		15. هل يعاني أحد في عائلتك من مشكلة في القلب، أو يستخدم جهاز تنظيم ضربات القلب أو جهاز مزيل الرجفان؟
		16. هل أصيب أحد في عائلتك بإغماء غير مبرر أو بنوبات صرعية غير مبررة أو حالة شبه غرق غير مبرر؟
		أسئلة عن العظام والمفاصل
		17. هل سبق أن أصبت بجرح في العظام أو المفاصل أو رباط أو وتر أدى إلى امتناعك عن ممارسة الرياضة أو لعبة رياضية؟
		18. هل سبق أن أصبت بكسر أو تهشم في العظام أو خلع في المفاصل؟
		19. هل سبق أن أصبت بجرح استلزم إجراء فحص بالأشعة السينية أو الرنين المغناطيسي أو الأشعة المقطعية أو أخذ حقن أو علاج أو دعامة أو جبيرة أو عكازات؟
		20. هل سبق أن أصبت بكسر إجهادي؟
		21. هل سبق أن أخبرك الطبيب بإجراء فحص بالأشعة السينية للكشف عن إصابتك بعدم استقرار الرقبة أو عدم استقرار الرقبة العنقية من عدمه؟ (متلازمة داون أو التقرم)
		22. هل تستخدم دعامة أو جهاز تقويم للعظام أو أي جهاز مساعد آخر بانتظام؟
		23. هل تعاني من جرح في العظام أو المفاصل أو العضلات أو المفاصل يزعجك؟
		24. هل تشعر بالألم أو تورم أو حرارة أو احمرار في أي مفصل من مفاصلك؟
		25. هل لديك أي تاريخ من التهاب المفاصل الشبائي أو مرض الأسجة الضامة؟

بموجب هذا المستند؛ أقر - في حدود معلوماتي - بأن إجاباتي على الأسئلة الواردة أعلاه كاملة وصحيحة.

التاريخ

توقيع الوالد الوصي

توقيع الرياضي

مذكرات للطبيب

1. ينبغي مراعاة طرح أسئلة إضافية في الحالات الأكثر حساسية.
 - هل تشعر بالإجهاد أو بأثقل مضغوط؟
 - هل تشعر بالحزن، اليأس، الاكتئاب، أو القلق؟
 - هل تشعر بالأمان في منزلك أو محل إقامتك؟
 - هل سبق لك أن جربت تدخين السجائر أو مضغ أو استنشاق التبغ؟
 - هل تشرب الكحول أو تتعاطى أي عقاقير أخرى؟
 - هل سبق لك تناول منشطات أو استخدام أي مقويات أخرى؟
 - خلال 30 يوم سابقة، هل قمت باستنشاق أو مضغ التبغ؟
 - هل تشرب الكحول أو تتعاطى أي عقاقير أخرى؟
 - هل سبق لك تناول منشطات أو استخدام أي مقويات أخرى؟
 - هل سبق لك تناول أي مكملات لمساعدتك على زيادة وزنك أو إنقاصه أو لتحسين أدائك؟
 - هل ترتدي حزام أمان أو تستخدم خوذة أو الواقي الذكري؟
2. يُرجى مراجعة الأسئلة المتعلقة بأعراض القلب والجهاز الدوري والتاريخ الطبي للعائلة (الأسئلة من 5 إلى 14) مع أحد الوالدين و/أو الطالب الرياضي

الفحص	الوزن	النبض	الرؤية العين اليمنى /20	العين اليسرى /20	التصحيح	لا	نعم
طول							
ضغط الدم	(/)						
تاريخ طبي							
أمظهر							
• متلازمة تشوهات مارفان (جنف حدابي، حنك عالي النفوس، تعمر الصدر، عكبية الأصابع، امتداد الذراعين >الطول، فرط المرونة، قصر النظر، هبوط الصمام التاجي، قصور الأبهري)							
• العينان/الأذنان/الأنف/الحلق							
• وظيفة الحذقة							
• السمع							
• لعقد الليمفاوية							
• قلب							
• الانتفاخات (السمع أثناء الوقوف، أثناء الاستلقاء، +/- مناوره فاسالقا)							
• موقع نقطة الضمعة القسوى (PMI)							
• النبضات							
• النبضات الغذائية والإشعاعية المترجمة							
• الرئتان							
• البطن							
• مسالك البولية (الذكور فقط) ^١							
• الجاد							
• الهريس، الإفات التي تذكر ب داء العقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين، سفة الجسد							
• الأعصاب ^٢							
• الجهاز العضلي الهيكلي							
• العنق							
• الظهر							
• الكتف/الذراع							
• المرفق/الساعد							
• المعصم/الكف/الأصابع							
• ثورك/الفخذ							
• الركبة							
• الساق/الكاحل							
• اقدم/أصابع القدم							
• أوظائف							
• مشية البطة، وثبة الساق الواحدة							

1 ينبغي مراعاة رسم القلب الكهربائي ومخطط صدى القلب والإحالة إلى طب القلب في حالة التاريخ المرضي أو الفحص غير الطبيعي للقلب.
 2 ينبغي مراعاة فحص المسالك البولية في إطار من الخصوصية. يوصى بوجود طرف ثالث.
 3 ينبغي مراعاة التقييم المعرفي أو اختبار الحالة الأساسية العصبية والنفسية في حالة وجود تاريخ لحالة ارتجاج كبير.

- السماح بممارسة جميع الرياضات دون تقييد.
 السماح بممارسة جميع الرياضات دون تقييد مع وجود توصيات بعمل تقييم إضافي أو علاج خاص بـ _____

عدم السماح

- بانتظار تقييم إضافي
 بممارسة أي رياضات
 بممارسة رياضات معينة

السبب

التوصيات

لقد قمت بفحص الطالب المذكور اسمه أعلاه وأكملت التقييم الطبي قبل المشاركة. لا يظهر على هذا الرياضي أي موانع طبية لممارسة الرياضات المذكورة أعلاه والمشاركة فيها. توجد نسخة من الفحص الطبي في السجل في مكتبي ويمكن تقديمها للمدرسة بناءً على طلب الوالدين. عند حدوث أي مشكلة بعد إجازة الرياضي للمشاركة؛ يجوز للجهة المعنية سحب الإجازة حتى حل المشكلة والتوضيح الكامل للعواقب المحتملة للرياضي (والوالدين/الأوصياء).

اسم الطبيب: (كتابة/طباعة)

تاريخ

الهاتف

توقيع الطبيب (ضع دائرة على واحدة) الطبيب القائم بالفحص أو طبيب الطب التقييمي أو الطبيب المساعد أو الممرضة المساعدة