

ملف تقديم الإسعافات الأولية داخل المدرسة (العيادة المدرسية)

فريق العمل					
م	اسم الطالب /ة	الصف	المهمة	الانجاز	الملاحظة
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					

السجل الصحي للطالب / ة (سنوي)

المدرسة / المرحلة / التاريخ /

		الاسم /
		الفصل /
لا	نعم	المحور
		١ تناول وجبة الافطار
		٢ تحب المشروبات الغازية
		٣ تحب مشروبات الطاقة
		٤ رياضي / ة - غير رياضي / ة
		٥ الوالد على قيد الحياة
		٦ الوالدة على قيد الحياة
		٧ الوالدين منفصلان
		٨ رقم جوال احد الأقارب /
		٩ السكن الحي /
		١٠ الأمراض التي تعاني منها أنت
() حساسية	() ضغط	سكري ()
() قلب	() ربو	سمنة ()
		١١ أمراض أخرى
		١٢ هل هناك عمليات جراحية
		١٣ المرشد / ة الصحي / ة
		١٤ القائد / ة المدرسي / ة
		١٥ توقيع ولي الامر

السجل الصحي للعاملين في المدرسة (سنوي)

التاريخ

المدرسة

		الاسم /
		الوظيفة /
لا	نعم	المحور
		١ تحب المشروبات الغازية
		٢ تحب مشروبات الطاقة
		٣ رياضي /ة - غير رياضي /ة
		٤ رقم جوال احد الأقارب /
		٥ السكن الحي /
		٦ الأمراض التي تعاني منها أنت
		سكري () ضغط () حساسية () سمنة () ربو () قلب ()
		٧ أمراض أخرى
		٨ هل هناك عمليات جراحية
		٩ المرشد /ة الصحي /ة
		١٠ القائد /ة المدرسي /ة

جدول التأكد من التطعيمات لجميع طلاب / طالبات المدرسة

م	اسم الطالب / ة	يوجد تطعيم	لا يوجد تطعيم	رقم جوال ولي الامر	الفصل	ملاحظة
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						
٩						
١٠						
١١						
١٢						
١٣						
١٤						
١٥						
١٦						
١٧						
١٨						
١٩						
٢٠						
٢١						
٢٢						
٢٣						
٢٤						
٢٥						
٢٦						
٢٧						
٢٨						
٢٩						
٣٠						

المرشد / ة الصحي / ة :

المدرسة :

المرحلة:

الحالات المزمدة وذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة

م	اسم الطالب /ة	المرض	رقم جوال ولي الامر	تقرير	ملاحظة
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					
١١					
١٢					
١٣					
١٤					
١٥					
١٦					
١٧					
١٨					
١٩					
٢٠					
٢١					
٢٢					
٢٣					
٢٤					
٢٥					
٢٦					
٢٧					
٢٨					
٢٩					
٣٠					
المرشد /ة الصحي/ة					
					المدرسة /
المرحلة/					

فريق الإسعافات الأولية في المدرسة الحاصلين على تدريب في الإسعافات الأولية

م	الإسم	جهة التدريب	الصفة
١			
٢			
٣			
٤			
٥			
٦			
٧			
٨			
٩			
١٠			
١١			
١٢			
١٣			
١٤			
١٥			
١٦			
١٧			
١٨			
١٩			
٢٠			
٢١			
٢٢			
٢٣			
٢٤			
٢٥			

المرشد /ة الصحي/ة

المرحلة

المدرسة

جدول أسماء العاملين في المدرسة ولهم أمراض مزمنة

م	الاسم	رقم جوال احد الاقارب	المرض المزمن	تاريخ اخر فحص دوري	العمليات الجراحية	امراض اخري
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						
٩						
١٠						
١١						
١٢						
١٣						
١٤						
١٥						
١٦						
١٧						
١٨						
١٩						
٢٠						
٢١						
٢٢						
٢٣						
٢٤						

المرشد /ة الصحي/ة.....

المدرسة.....

أسماء المحالين بأعراض مرضية للمركز الصحي

م	الإسم	اليوم	الحالة المرضية الاولية	اسم المركز الصحي	التاريخ
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					
١١					
١٢					
١٣					
١٤					
١٥					
١٦					
١٧					
١٨					
١٩					
٢٠					
٢١					
٢٢					

المرشد /ة الصحي/ة.....

المدرسة.....

سجل الحالات الصحية في العيادة المدرسية

م	الإسم	اليوم	التاريخ	الحالة المرضية الاولى	الصفة
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					
٧					
٨					
٩					
١٠					
١١					
١٢					
١٣					
١٤					
١٥					
١٦					
١٧					
١٨					
١٩					
٢٠					
٢١					
٢٢					
٢٣					
٢٤					

المرشد /ة الصحي/ة

المدرسة المرحلة