

المقابلة الشخصية للنوبات

السنة الدراسية _____



الهاتف	ولي الأمر/الوصي	الطالب	تاريخ الميلاد
الهاتف	ولي الأمر/الوصي	الدراسي	طبيب الأمراض العصبية
الهاتف	الطوارئ	آخر زيارة	الهاتف
<input type="checkbox"/> بحاجة لمعلومات	<input type="checkbox"/> التأمين الخاص	<input type="checkbox"/> Maine Care	

أنشطة ما بعد الدوام المدرسي:

نوع التشخيص/النوبة	عمر ظهور الأعراض	التواتر	مدة النوبة
المحفزات المعروفة:	قم بتوضيح نشاط النوبة:		
هل لدى طفلك تاريخ مَرَضِي لنوبات تستمر لأكثر من 5 دقائق؟	هل لدى طفلك تاريخ مَرَضِي لاستخدام أدوية الإنقاذ؟		
قم بتوضيح كيف يشعر/يتصرف طفلك قبل النوبة.	إذا كان لدى طفلك جهاز تحفيز العصب المبهم، فيرجى تقديم تعليمات التعامل والاستخدام:		
قم بتوضيح كيف يتصرف طفلك بعد النوبة.	قم بتوضيح فهم النوبات لدى طفلك.		

يُرجى التأكد من إدراج الأدوية اليومية والطارئة في نموذج الصحة السنوي.

قم بتوضيح الاعتبارات الضرورية لليوم الدراسي.

<input type="checkbox"/> ألعاب القوى/التربية البدنية	<input type="checkbox"/> الفصل الدراسي
<input type="checkbox"/> وقت الاستراحة بين الفصول	<input type="checkbox"/> الحافلات/المواصلات

يُرجى توضيح أي أهداف متعلقة بالصحة والمساعدة اللازمة.

من خلال القيام بالتوقيع أدناه، فأنا أسمح لمرضة المدرسة بمشاركة معلومات الطالب خاصتي مع الطاقم المدرسي والطبي المناسب من أجل الحفاظ على سلامة الطالب خاصتي باستمرار داخل المدرسة.

ولي

الأمر/الوصي

التاريخ _____

في حالة الطوارئ عند الحاجة إلى المساعدة وتعدُّ الوصول إلى جهات التواصل في حالات الطوارئ، سيتم الاتصال بمقدم الرعاية الصحية وإن لزم الأمر سيتم الاتصال بـ 911 (خدمات الطوارئ).