

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: _____ الدرجة: _____ الرياضات: _____

أقر بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه قد خضع للتقييم الطبي ويُعد لائقاً طبياً لما يلي: (حدد مربعاً واحداً)

☐ (1) المشاركة في جميع الأنشطة المدرسية بدون تقييد.

☐ (2) غير لائق لـ: ☐ جميع الرياضات ☐ رياضات معينة

اشطب الرياضات المعينة أدناه التي لا يصلح للطالب المشاركة فيها.

التصنيف الرياضي على أساس درجة الاحتكاك:

رياضات الاحتكاك التصادمي	رياضات محدودة الاحتكاك	رياضات بدون احتكاك
كرة السلة اللكروس للذكور الغوص كرة القدم	البيسبول التشجيع التنافسي اللكروس للإناث جيمباز للإناث	التزلج على جبال الألب الكرة اللينة للإناث ألعاب القوى الوثب العالي القفز بالزانة الكرة الطائرة للإناث
هوكي الجليد كرة القدم المصارعة		البولينج قفز الحواجز الجولف السباحة التنس

تصنيف الرياضات على أساس الشدة والقوة:

شدة عالية حركية عالية إلى متوسطة ثبوتية عالية إلى متوسطة	شدة عالية حركية عالية إلى متوسطة ثبوتية منخفضة	شدة عالية حركية منخفضة ثبوتية منخفضة
التزلج على جبال الألب قفز الحواجز كرة القدم 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		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: _____ تاريخ الفحص: _____

الاسم المطبوع للطبيب: _____

العنوان: _____

هاتف المكتب: _____ - _____ - _____

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

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

معلومات للطوارئ من أجل:

أنواع الحساسية - ردود الفعل للأدوية - الأدوية الحالية:

معلومات طبية خاصة أخرى:

الاتصال في حالة الطوارئ:

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

الهاتف الشخصي _____ هاتف المكتب _____ - _____ - _____

نموذج المعلومات والموافقة

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

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

التوقيعات بالموافقة على شروط المشاركة

إفشاء معلومات الطالب والموافقة على شروط المشاركة: هذا الطلب مقدم من أجل المشاركة في الأنشطة الرياضية بشكل طوعي من جانبي والمعلومات المقدمة فيه صحيحة في حدود علمي.

لم أتلق أي مبلغ مالي أو شهادة قابلة للتداول التجاري بأي مبلغ، ولا أي مكافأة رمزية أو بضائع تبلغ قيمتها أكثر من خمسة وعشرين دولاراً (25.00 دولاراً) للمشاركة في الأحداث الرياضية، ولم أشارك في أي منافسة باسم مستعار قبل ذلك. بعد تمثيلي لمدرستي في أي رياضة، لن أشارك في أي مسابقة رياضية خارجية في هذه الرياضة إلا بعد انتهاء الموسم الرياضي لمدرستي.

أنا أدرك أنه يجب عليّ الالتزام الصارم بجميع السياسات الرياضية السارية في منطقة مدرستي وفي الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيجان، مثل تلك المذكورة سابقاً على سبيل المثال لا الحصر.



توقيع الطالب: _____ **التاريخ:** _____

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

الطالب الرياضي له تأمين صحي: نعم لا

إن كان نعم، اسم شركة التأمين: _____ العقد رقم _____

الموافقة على إفشاء المعلومات: بموجب هذا الإقرار أوافق على مشاركة الطالب المذكور اسمه أعلاه في الأنشطة الرياضية بين المدارس، وعلى تزويد الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيجان (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، وأنا أدرك إمكانية التعرض لإصابة خطيرة قد تنتج عن المشاركة في الأنشطة الرياضية. أصرح له/لها بموافقة الفريق كعضو في رحلات الفريق خارج المدينة.

كما أدرك أيضاً أن ابني أو ابنتي يجب عليه/عليها الالتزام الصارم بجميع السياسات الرياضية السارية في منطقة المدرسة وفي الاتحاد الرياضي للمدارس الثانوية بولاية ميتشيجان.



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

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 مقدماً 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 السجل التاريخي

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

تاريخ الفحص	الاسم	السن	الدرجة	المدرسة	الرياضة (الرياضات)
-------------	-------	------	--------	---------	--------------------

الأدوية وأنواع الحساسية: يُرجى تسجيل جميع الأدوية التي تستخدمها حالياً سواء الموصوفة لك بأمر الطبيب أو التي تأخذها من الصيدلي 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

يُرجى توضيح الإجابات بـ "نعم" "أدناه" وضع دائرة حول الأسئلة التي لا تعرف إجابة لها.

أسئلة عامة	نعم	لا
1. هل سبق أن منعك الطبيب من المشاركة في رياضات أو قُبِدَ مشاركتك فيها لأي سبب من الأسباب؟		
2. هل تعاني من أي حالات طبية مستمرة؟ إن كان نعم، يُرجى تحديدها ☐ الربو ☐ فقر الدم (أنيميا) ☐ الداء السكري ☐ 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	نعم	لا
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: ☐ ارتفاع ضغط الدم ☐ نخبة قلبية ☐ ارتفاع الكوليسترول ☐ التهاب في القلب ☐ مرض كاواساكي حالات أخرى: _____		
9. هل سبق أن طلب منك الطبيب إجراء اختبار لقلبك؟ (على سبيل المثال، رسم القلب الكهربائي، مخطط صدى القلب)		
10. هل تشعر بدوار 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	نعم	لا
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 الاستدادي أو متلازمة QT الطويلة أو متلازمة QT القصيرة أو متلازمة بروجادا أو تسارع القلب البطيئ عيباً أشكال الكيتوكلاميني؟		
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 غير مبررة أو حالة شبه غرق غير مبرر؟		
أسئلة عن العظام والمفاصل	نعم	لا
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 إصاباتك بعدم استقرار الرقبة أو عدم استقرار الرقبة الفقهي من عدمه؟ (متلازمة دارون 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 المفاصل يزعجك؟		
24. هل تشعر بالألم أو تورم أو احمرار في أي مفصل من مفاصلك؟		
25. هل لديك أي تاريخ من التهاب المفاصل الشباني أو مرض الأنسجة الضامة؟		

يُرجى توضيح الإجابات بـ "نعم" "هنا".

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

توقيع الطالب الرياضي توقيع أحد الوالدين/الوصي التاريخ

■ التقييم الطبي قبل المشاركة

نموذج الفحص الطبي

(يجب على مقدم الرعاية الاحتفاظ بهذا النموذج في المخطط)

الاسم _____

تاريخ الميلاد _____

مذكرات للطبيب

1. ينبغي مراعاة طرح أسئلة إضافية في الحالات الأكثر حساسية.

- هل تشعر بالإجهاد أو بأنك 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 قبعة أو الواقي الذكري؟

2. يُرجى مراجعة الأسئلة المتعلقة بأعراض القلب والجهاز الدوري والتاريخ الطبي للعائلة (الأسئلة من 5 إلى 16) مع أحد الوالدين وأ/أو الطالب الرياضي

الفحص		
الطول	الوزن	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى
ضغط الدم	/ (/)	النبض
الرؤية العين اليمنى /20	الرؤية العين اليسرى /20	التصحيح
ناتج غير طبيعية	طبيعي	ناتج غير طبيعية
المظهر	متلازمة تشوهات مارفان (جنف حاد، خنك عالي القوس، ثقب الصدر، عتكية الأصابع، امتداد الذراعين > الطول، فرط المرونة، قصر النظر، هبوط الصمام التاجي، قصور الأبهر)	
العينان/الأذن/الأنف/الحلق	وظيفة الحدة السمع	
العقد الليمفاوية		
القلب ^a	الانتفاخات (التسمع أثناء الوقوف، أثناء الاستلقاء، +/- مناورات فاسالفا) موقع نقطة الدفعة القصوى (PMI)	
النبضات	النبضات الفغذية والإشعاعية المترجمة	
الرتتان		
البطن		
المسالك البولية (للذكور فقط) ^b		
الجلد	الهريس، الألفات التي تذكر ب داء العقنودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين، سعة الجسد	
الأعصاب ^c		
الجهاز العضلي الهيكلي		
العنق		
الظهر		
الكتف/الذراع		
المرفق/الساعد		
المعصم/الكتف/الأصابع		
الورك/الفخذ		
الركبة		
الساق/الكاحل		
القدم/أصابع القدم		
الوظائف	مشية البطة، وثبة الساق الواحدة	

^a ينبغي مراعاة رسم القلب الكهربائي ومخطط صدى القلب والإحالة إلى طب القلب في حالة التاريخ المرضي أو الفحص غير الطبيعي للقلب.

^b ينبغي مراعاة فحص المسالك البولية في إطار من الخصوصية. يوصى بوجود طرف ثالث.

^c ينبغي مراعاة التقييم المعرفي أو اختبار الحالة الأساسية العصبية والنفسية في حالة وجود تاريخ لحالة ارتجاج كبير.

التعليمات:

هل تلقى الطالب الرياضي جميع اللقاحات الموصى بها من اللجنة الاستشارية الأمريكية للتطعيم؟ ☐ نعم ☐ لا

يُرجى مراجعة سجل تحسُّن الرعاية بولاية ميشيغان (MCIR) للتعرف على حالة التطعيمات: www.mcir.org