



المديرية العامة للرعاية الاجتماعية

دائرة الرعاية الخاصة

استمارة فحص طبي Medical For

			المستشفى (Hospital)
			رقم ملف المستشفى (O.P.D.No)
			الاسم (Name)
			تاريخ الميلاد (Date of birth)
			فصيلة الدم (Blood Group)
			رقم الهاتف (phone number)
القرية (Village)	الولاية (Wilaya)	المنطقة (Region)	العنوان (Address)
الحالة الاجتماعية Social status		ذكر (Male) ☐ انثى (Female) ☐	الجنس (Gender)

الإعاقة الحركية Disability Featives

	تاريخ الإعاقة Date of Disability
--	-------------------------------------

نوعها Type	
	شلل دماغي (C.P)
	شلل نصفي سفلي (Paraplegia)
	شلل نصفي طولي (Hemiplegic)
	شلل أطفال (Polio)

الجهاز العصبي وجود شلل على مستوى CNS (Central Nerve System) Paralysis Existed at Level																								
الدرجة Degree profound شديدة متوسطه Moderate بسيطة Mild			(The الطرف limb)																					
			الأيمن الأعلى upper right																					
			الأيسر الأعلى upper left																					
			الأيمن الأسفل lower right																					
			الأيسر الأسفل lower left																					
الهيكل العظمي وجود اعوجاج أو تشويه أو تصلب: Deformity sclerosis / scoliosis of the spine (Skeleton)																								
<table border="1"> <tr> <td>Left الأيسر</td> <td>Right الأيمن</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>الكتف Shoulder</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>المرفق forearm</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>اليد Hand</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Hip الركبة</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Knee الركبة</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>القدم Foot</td> </tr> </table>				Left الأيسر	Right الأيمن				الكتف Shoulder			المرفق forearm			اليد Hand			Hip الركبة			Knee الركبة			القدم Foot
Left الأيسر	Right الأيمن																							
		الكتف Shoulder																						
		المرفق forearm																						
		اليد Hand																						
		Hip الركبة																						
		Knee الركبة																						
		القدم Foot																						
وجود بتر بالطرف العلوي عند الفخذ على مستوى Amputation existed at thigh level																								
بالطرف السفلي على مستوى which in Below																								

القدرات الوظيفية Foundational Abilities		
	صعود درج (Climbing stairs)	المشي
		Hinted compensatory equipment
☐ استقلاليه ذاتيه تامة (Independent Full) ☐ محدودة Restricted ☐ مفقودة (Nil)		
☐ نعم (Yes) ☐ لا (No)		في حاجة إلى مساعدة Need the شخص آخر (help of other help)

	اسم الطبيب (Doctor's name)
	التوقيع (Signature)
	التاريخ (Date)

الإعاقة البصرية Visual Disability

	تاريخ الإعاقة (Date of Disability)
	درجة الإبصار المركزي (Central visual Acuity)
	سبب الإصابة وإمكانية استرداد البصر (Reason of injury & possibility of vision gaining)

ملاحظات خاصة: Special Remarks

	درجات الإبصار (Visual Acuity)
	رؤية أصابع اليد عن بعد (Hand fingers visualizing from distance)
Cm / سم	رؤية حركة اليد عن بعد (Hand movement visualizing)
☐ جيد (good) ☐ ضعيف (Weak) ☐ مفقود Nil	إدراك الضوء Light

	اسم الطبيب Doctor's name
	التوقيع Signature
	التاريخ (Date)

الإعاقة السمعية Hearing Lose Disability

	تاريخ الإعاقة Date of Disability
--	-------------------------------------

نوعها Type
☐ صمم كامل (complete deaf) ☐ صمم جزئي (partial deaf)

قياس السمع Measuring Hear

Both	متوسط الفقدان للأذنين معا Ear	الأذن اليسرى Left Ear	الأذن اليمنى Right Ear	الفقدان Degree of hearing loss
				Hrtz ٥٠٠
				Hrtz ٥٠٠
				Hrtz ٢٠٠٠

تقييم Assessments
القدرة على النطق والكلام Ability for verbalize & talk
التطور المتوقع Expected Development (Progress)

	اسم الطبيب Doctor's name
	التوقيع Signature
	التاريخ Date

	تاريخ الإعاقة Date of Disability
--	-------------------------------------

تشخيص الإعاقة الذهنية Diagnosis of Mental Disability

الفقدان loss level	☐ بسيطة (Mild) ☐ متوسطة (Moderate) ☐ عميقة / شديدة (Severe /Profound)
الاستقلالية الذاتية Independent	☐ بسيطة (Mild) ☐ متوسطة (Moderate) ☐ عميقة / شديدة (Severe /Profound)
☐ إعاقة عقلية بسيطة Mild Mental ☐ إعاقة عقلية متوسطة Moderate Mental Disability ☐ عميقة / شديدة Profound M.D	

	الصرع Epilepsy
--	-------------------

	<u>التوحد Autism</u>
--	----------------------

	متلازمة داون Down Syndrome
--	----------------------------------

	<u>إعاقات أخرى</u> <u>Other Disabled</u>
--	---

Doctor's Name

Signature

Hospital Department

Stamp