

منطقة فيلادلفيا التعليمية  
مكتب تعليم الطفولة المبكرة  
مركز التعليم

440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

فاكس 400-4272 (215)

هاتف 400-4270 (215)

المركز: \_\_\_\_\_

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

كان لطفلك فحص السمع و/ أو البصر. النتائج هي:

نتيجة فحص السمع

تاريخ الفحص \_\_\_\_\_

فحص سمع ناجح

فحص سمع فاشل – بحاجة لمتابعة (انظر أدناه)

إعادة فحص السمع – ملاحظات \_\_\_\_\_

غائب \_\_\_\_\_

نتائج فحص البصر

تاريخ الفحص \_\_\_\_\_

فحص بصر ناجح

فحص بصر فاشل – بحاجة لمتابعة (انظر أدناه)

غائب \_\_\_\_\_

**فحص البصر و/ أو السمع الفاشل**

الرجاء الطلب من مزود رعايتك الصحية أن يكمل الجزء السفلي لهذا النموذج وأن يعيده إلى معلم طفلك.

تقرير من قبل مزود الرعاية الصحية

التشخيص:

العلاج:

تاريخ المتابعة:

اسم المزود (يرجى الطباعة) \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع المزود \_\_\_\_\_

# ابقيني في البيت إذا....

مجرد إنني لا  
اشعر أنني جيد



متعب على نحو غير  
عادي، شاحب، فقدان  
الشهية، مشوش، أو  
غريب الأطوار

أنا أتقيأ



مرتين أو أكثر في  
غضون 24 ساعة

لدي التهاب  
في الحلق



مع حماسة أو تورم  
الغدد

لدي التهاب  
في العين



مخاط سميك أو صديد  
يستنزف من العين

أنا أعاني من  
الإسهال



مرتين أو أكثر براز  
مائي خلال 24 ساعة

لدي طفح  
جلدي أو قمل  
الرأس



طفح جلدي مع حمى  
أو حكة أو قمل الرأس

لدي حماسة



والتهاب في الحلق، طفح  
جلدي، تقيؤ، إسهال، وجع  
الإنز، أو مجرد لا اشعر جيدا

1. يجب أن يكون لديك خطط احتياطية لشخص ما حتى  
يعتني بي.

2. أخبر معلمي ما هو الخطأ معي، حتى لو أبقيتني في  
المنزل.

## ...وعندما أكون مريضاً:

منطقة فيلادلفيا التعليمية  
مكتب تعليم الطفولة المبكرة  
مركز التعليم

440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

فاكس (215) 400-4272

هاتف (215) 400-4270

التاريخ \_\_\_\_\_

الأعزاء الأهل/ ولي الأمر،

اليوم، طفلك، \_\_\_\_\_،

تعرض للعض من قبل طفل آخر./ was bitten by another child \_\_\_\_\_

قام بعض طفل آخر./ bit another child \_\_\_\_\_

عندما تحدث عضات تسبب شق سطح الجلد، هناك إمكانية للجراثيم الموجودة طبيعياً في الفم إلى أن تنتقل عن طريق الجلد المشقوق. في بعض الأحيان، يكون شق سطح الجلد صغيراً جداً حتى أنه لا يمكن رؤيته، لكن لا يزال بإمكان الجراثيم أن تنتقل. هناك أيضاً إمكانية انتقال الجراثيم من جلد الطفل الذي تعرض للعض إلى فم الذي قام بالعض.

**الرجاء التأكد من إن:**

إذا تعرض طفلك للعض، فإن الموظفين قد قدموا الإسعافات الأولية المناسبة، قاموا بتنظيف المنطقة بالماء والصابون، وتغطية ذلك بضمادة طبية، إذا لزم الأمر.

إذا عض طفلك طفل آخر، فإن الموظفين قد ساعدوه/ ساعدوها بشطف فمه/ فمها بالماء.

بغض النظر عما إذا كان طفلك قد تعرض للعض أو كان هو العضاض، هناك إمكانية للعدوى. نحن نوصي أن تتصل مع مزود رعايتك الصحية وان تتبع إرشاداته/ إرشاداتها. إذا كان من الضروري لطفلك أن يرى مزود رعايتك الصحية، يرجى جعل مزود الرعاية الصحية يكتب ملاحظة في الجزء الخلفي من هذه الرسالة أو في الجزء السفلي من نموذج أوتش وإعادته إلى معلم طفلك. إذا كان لديك أي أسئلة أخرى، الرجاء ألا تتردد في الاتصال بسوزان أيتشيلي، منسقة الصحة برقم 215-400-5671.

منطقة فيلادلفيا التعليمية  
مكتب تعليم الطفولة المبكرة  
مركز التعليم  
440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

فاكس (215) 400-4272

هاتف (215) 400-4270

إشعار رقم \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

إلى: أهل/ ولي أمر \_\_\_\_\_

الموضوع: متطلبات: الدخول \_\_\_\_\_ روضة الأطفال \_\_\_\_\_ العودة \_\_\_\_\_

قد لفت انتباهي أن السجلات الصحية لطفلك تشير إلى أنه ليس لديه/ لديها ملف صحي كامل. الرجاء تحديد موعد فوراً مع مزود الرعاية الصحية لطفلك للحصول على المعلومات المشار إليها أدناه.

يرجى الطلب من طبيبك ملء الاستمارة المرفقة بما في ذلك التواريخ كاملة؛ مثلاً شهر/يوم/سنة لكل العناصر المسرودة أدناه.

{ البدني الأخير _____ }	_____	الفحص البدني
{ الأسنان الأخير _____ }	_____	فحص الأسنان
_____	_____	متابعة فحص البصر
_____	_____	متابعة فحص السمع
_____	_____	اللقاح ضد الأمراض المعدية
_____	_____	شلل الأطفال
_____	_____	التهاب الكبد ب
_____	_____	تطعيم الطفل
_____	_____	جدري الماء
_____	_____	التهاب رئوي
_____	_____	مرض السحايا

أشركم على تعاونكم ومساعدتكم في الحفاظ على صحة طفلك في مرحلة ما قبل المدرسة.  
ممرضة الطفولة المبكرة الخاصة لكم