

منطقة فيلادلفيا التعليمية

## The School District of Philadelphia

خدمات الصحة المدرسية

### School Health Services

تقرير فحص السمع للأهل والأطباء

#### HEARING TEST REPORT TO PARENTS AND PHYSICIAN

التاريخ/DATE

اسم الطالب/NAME OF STUDENT

تاريخ الميلاد/DATE OF BIRTH

غرفة/ROOM#

الصف/GRADE

أيهل الأهل والأوصياء الأعزاء:

لقد أكملنا فحص السمع الذي نقدمه ضمن برنامج الصحة المدرسية. ونحن نوصي بأن يقوم طبيب متخصص بعمل فحوصات أكثر دقة لطفلك.

سبب الإحالة قبل ممرضة المدرسة/الطبيب:

نتائج فحص السمع المختبري في المدرسة:

التاريخ/DATE	الأذن اليمنى/RIGHT EAR						الأذن اليسرى/LEFT EAR					
	250	500	1000	2000	4000	8000	250	500	1000	2000	4000	8000

بما أن عدم تصحيح السمع قد يؤثر على التعليم، فمن الضروري جدا عمل هذه الإحالة.

شكرا على تعاونكم. إذا كان لديكم أي استفسارات، أو إذا كنت بحاجة لمساعدة، الرجاء الاتصال بنا.

الممرضة المتخصصة/CERTIFIED SCHOOL NURSE/PRACTIONER

المدرسة/SCHOOL

عنوان المدرسة/SCHOOL ADDRESS

رقم الهاتف/PHONE NUMBER

هام جدا:

الرجاء أخذ هذا النموذج إلى طبيبك أثناء الفحص. ومتى أكمل الطبيب الفحص على ظهر هذا النموذج، الرجاء إرجاعه إلى ممرضة المدرسة

**Important:**

Please take this form to your doctor at the time of the examination. When the doctor has completed the information on the back, return it to the school nurse.

تقرير تقييم الطبيب للسمع المرسل إلى الممرضة  
PHYSICIAN'S REPORT OF HEARING EVALUATION TO SCHOOL NURSE/PRACTITIONER

مدونة إلى الطبيب /NOTE TO THE PHYSICIAN :

من الضروري جدا إلحاق نسخة من فحص تخطيط السمع مع هذا التقرير  
/IT IS IMPORTANT THAT COPY OF YOUR AUDIOGRAM BE ATTACHED TO THIS REPORT.

اسم الطالب /NAME OF STUDENT \_\_\_\_\_

تاريخ التقرير /DATE OF EVALUATION \_\_\_\_\_

التشخيص /DIAGNOSIS \_\_\_\_\_

نوع فقدان السمع /TYPE OF HEARING LOSS \_\_\_\_\_

العلاج /TREATMENT \_\_\_\_\_

التخمين /PROGNOSIS \_\_\_\_\_

التوصيات /RECOMMENDATIONS :

مكان جلوس خاص في الصف /SPECIAL SEATING IS ADVISED IN THE CLASSROOM  نعم /Yes  لا /No

إذا كان بالإيجاب، الرجاء وصفه  
/IF YES, DESCRIBE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

تاريخ الموعد /DATE OF NEXT APPOINTMENT \_\_\_\_\_

توصيات أخرى /OTHER RECOMMENDATIONS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

اسم الطبيب /PHYSICIAN'S NAME \_\_\_\_\_ تاريخ الفحص /DATE OF EXAM \_\_\_\_\_

توقيع الطبيب /PHYSICIAN'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ الهاتف /TELEPHONE \_\_\_\_\_

لمزيد من الوثائق والمعلومات المترجمة إلى العربية، إذهب إلى الموقع على الإنترنت [www.philasd.org/language/arabic](http://www.philasd.org/language/arabic)