

The School District of Philadelphia

خدمات الصحة التعليمية

School Health Services

التاريخ /Date _____

المدرسة /School _____

الغرفة/الكتاب /Room/Book _____

Dear Parent/Guardian: أيها الأهل/الأوصياء الأعزاء

اليوم، على الساعة _____، شهد طفلك: _____ إصابة في رأسه. وقد بقي في العيادة لمدة _____ دقيقة لمراقبته لأي أعراض إصابة خطيرة في الرأس. وبعد ذلك أعيد إلى غرفة الدرس. وبعدها بساعة تم إرجاعه إلى العيادة لتقييم أي حالة أو أي أعراض لحالته. لم تظهر عليه أي أعراض. الرجاء مراجعة الطبيب أو أخذه إلى المستشفى للتو إذا ظهرت عليه أي من الأعراض التالية/

- تغير في السلوك، مثلاً: الارتباك، التهيج
- الدوخة والغثيان والقيء (لأكثر من مرتين)
- التشنج
- عدم وضوح الرؤية أو حركة العينين غير الطبيعية
- صداع شديد
- شلل اليدين و/أو الأرجل
- النعاس الشديد المتواصل
- المشي ترنحا

يرجى استشارة الطبيب لاستكمال الجزء الخلفي من هذا النموذج وإعادته إلى ممرضة المدرسة في أقرب وقت ممكن. إذا لم يرى طفلك الطبيب، يرجى شرح ذلك على ظهر الورقة وإعادته إلى ممرضة المدرسة.

في كل الأحوال، فإننا نوصي حتى ولو لم تظهر عليه أي أعراض أن يرى الطبيب طفلك.

ممرضة المدرسة /SCHOOL NURSE

تقرير طبيب العائلة
/REPORT BY FAMILY DOCTOR

التشخيص /*DIAGNOSIS*:

المعالجة /*TREATMENT*:

تعليمات خاصة للبيت/المدرسة /*SPECIFIC INSTRUCTIONS FOR HOME/SCHOOL*:

تاريخ المراجعة /*DATE OF FOLLOW-UP VISIT*: _____

توقيع الطبيب /*DOCTOR'S SIGNATURE*

تاريخ التوقيع /*DATE SIGNED*

اسم الطبيب /*DOCTOR'S PRINTED NAME*

رقم الهاتف /*PHONE NUMBER*

تقرير من الأهل/الأوصياء
/REPORT BY PARENT/GUARDIAN

توقيع الأهل /*PARENT'S SIGNATURE*

تاريخ التوقيع /*DATE SIGNED*

لمزيد من الوثائق والمعلومات المترجمة إلى العربية، إذهب إلى الموقع على الإنترنت www.philasd.org/language/arabic