

بطاقة إرشادات خاصة بطالب

المؤسسة الجامعية :
السنة الجامعية :

هذه البطاقة سرية، تهدف إلى تحسين جودة متابعة صحتك وهي وثيقة ذات صبغة طبية و قانونية ينبغي عليك تعميمها بكل عناية .
- إرشادات عامة* :

الاسم و اللقب :
تاريخ الولادة ومكانها :
عنوان الطالب بالكامل :
عنوان الوالدين بالكامل :
الحالة المدنية : أعزب متزوج حالة أخرى، أذكرها :

نوع شهادة البكالوريا و تاريخ الحصول عليها :
سنة الدراسة الحالية :
عدد سنوات الرسوب : بالمرحلة الأولى من التعليم الأساسي :
هل توافق شعبة التوجيه رغبتك ؟ نعم لا

هل توافقت شعبة الاختيار في ملف توجيهك الجامعي ؟ نعم لا
ماهي رتبة الاختيار في ملف توجيهك الجامعي ؟ نعم لا
هل أنت متحصل على منحة جامعية ؟ نعم لا

- هل سبق لك أن عانيت أو تعاني حاليا من أحد الأمراض التالية* ؟ (في حالة الإيجاب أذكر السن أو تاريخ بداية المرض)

- | | | | |
|-------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - أمراض الكلى أو المسالك البولية |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - مرض السكري |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - الربو - (الفدة) |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - الحساسية |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - أمراض القلب |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - الصرع |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - الرثية المفصليّة الحادة (الروماتيزم) |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - الرضوح و الكسور |
| | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا | - الاضطرابات النفسية |
- مرض آخر، أذكره :

- حالتك الصحية الراهنة* :

- ماهو آخر تاريخ فحص طبي أجريته؟ :
..... عيادة بسبب مرض، أذكره عيادة طبية مدرسية ظرف آخر، أذكره :
- هل تعرف ضغط دمك ؟ نعم لا

- هل تتبع حاليا علاجا خاصا ؟ نعم لا
- هل سبق لك أن... ؟ 1- أقيمت بالمستشفى لا نعم
2- أجريت عليك عملية جراحية لا نعم
في حالة الإيجاب، أذكر تاريخ الإقامة بالمؤسسة الاستشفائية و مدتها و مكانها و سببها :

- هل تبدو عليك في الوقت الراهن إحدى العلامات التالية* ؟

.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- إحساس غير عادي بالتعب
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- حالات عطش غير عادي
.....	<input type="checkbox"/> مفرطة	<input type="checkbox"/> محدودة	- الرغبة في الأكل (الشهية)
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- نقص حديث و ملحوظ في الوزن (أكثر من 5 كلغ)
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- اضطرابات في النوم
.....	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	- صعوبات في التركيز

..... أوجاع لا نعم في حالة الإيجاب، حدد طبيعتها و مكانها و توقيتها :

(*) توضع علامة (x) في الخانة المنسوبة.

- الحالة الصحية للعائلة* :

