

طلب خدمات علاجية - أطفال

التاريخ:
اسم الطفل:
العمر:
اللغة الأولى:
الصف:

الجنس: ذكر أنثى
تاريخ الميلاد:
الجنسية:
اللغة الثانية:
المدرسة:

اسم الأم:
العمر:
المهنة:
رقم الموبايل:
الايمل:

اسم الأب:
العمر:
المهنة:
رقم الموبايل:
الايمل:

رقم المنزل:
أفضل وقت للاتصال:
تم تعينة الطلب من قبل:
علاقته بالطفل:
العنوان:

دكتور العائلة:
تم تحويل الطفل من قبل:
سبب التحويل:

لدى طفلك مشاكل ب :

التواصل			
الكلام	التعبير عن النفس	الفهم والاستيعاب	اللفظ
التلعثم	ضعف السمع		
التعليم			
الكتابة	القراءة	الحساب (الرياضيات)	الذاكرة
التعلم	المدرسة		
التطور العام			
عاطفيا	الانتباه	التشارك الاجتماعي	اللعب
السلوك	الأكل	الذاكرة	
الحركة والاحساس			
المهارات الحركية الكبرى مثل : المشي , الجلوس , القفز	المهارات الحركية الصغرى مثل : حركة اليدين		
مهارات الاعتماد على النفس	التحفيز الحسي		
أمور أخرى:			

هل تم اعطاء تشخيص لمشكلة الطفل؟ نعم لا - إذا كانت الاجابة نعم حدد (مثال: الصرع، الربو إلخ).

هل يتناول الطفل اية أدوية؟ نعم لا - إذا كانت الاجابة نعم الرجاء تزويدنا باسماء الأدوية والجرعات اللازمة:

هل تلقي طفلك أية خدمات علاجية من قبل ؟ :

ماذا ؟	أين ؟	طول المدة ؟
تدريب نطق ولغة		
ارشاد نفسي		
علاج وظيفي		
علاج حسي-حركي نفسي		
علاج طبيعى		
تعديل سلوك		
تعليم خاص		

الرجاء تحديد نوع التقييم المطلوب، إن وجد.

نطق ولغة علاج وظيفي حسي-حركي نفسي تعليم خاص نفسي نفسي-تربوي تدخل مبكر متعدد الإختصاصات

اللغة المفضلة لاستخدامها عند تلقي الخدمات العلاجية : عربي انجليزي فرنسي غيرها.....

تاريخ النمو

أولياء أمر الطفل الاعزاء

نقدر لكم تعاونكم معنا بخصوص تعبئة هذا الطلب من أجل الحصول على كافة المعلومات اللازمة عن تاريخ وحالة الطفل نرجو منكم أخذ وقتكم في قراءة الطلب وامدادنا بالأجوبة المناسبة. فمن خلاله نستطيع ان نحدد احتياجاتكم ومطالبكم بالإضافة إلى تعليقاتكم ذات الصلة بمشكلة الطفل لاي من المعلومات الواردة أدناه. نامل منكم اعطائنا معلومات تقريبية على الفقرات التالية بتحديد اذا كان الطفل متأخرا او متقدما او ضمن العمر الطبيعي في اكتسابه للمهارات التطورية المختلفة الامر الذي سيساعدنا في فهم حالة الطفل من جميع الجوانب.

تاريخ الولادة:

هل هناك أي صعوبات أو مضاعفات أثناء فترة الحمل نعم لا

السكري	الحصبة	تسمم الحمل	عقاير
فقر الدم	داء المقوسات	الارتجاج التشنجي	حوادث أخرى

الولادة

مهبلية	قيصرية	قيصرية طارئة	الولادة بالملقط	الولادة بالشفط
طول فترة الحمل	الوزن عند الولادة			

هل هناك أي صعوبات أو مضاعفات أثناء أو بعد الولادة نعم لا

يرقان	أزرقاق	نقص اوكسجين	ضائقة جنينية
-------	--------	-------------	--------------

أخرى

مراحل نمو الطفل

العمر	العمر	طبيعي/متقدم/متأخر	طبيعي/متقدم/متأخر
		التحديق بالوجه	
		تحديد مصدر الصوت	
		الجفلة من الاصوات العالية	
		التحديق بالأشياء	
		مسك شيء	
		إعطاء شيء	
		نزول الدرج	
العمر	العمر	طبيعي/متقدم/متأخر	طبيعي/متقدم/متأخر
		يأكل بيده باستقلالية	
		يأكل بمفرده	
		يستخدم أدوات الأكل	
		يشرب بكأس ذو مصاص	
		يشرب بكأس عادي	
		يشرب بالمصاصة	
		يغسل يديه	
الحركات الجسمية الكبيرة			
		ركل الكرة	
		رمي الكرة	
		مسك الكرة	
الحركات الجسمية الدقيقة			
		استخدام المقص	
		تلوين داخل الخطوط	
		يكتب اسمه	
		يكتب بالمقلوب	
		يستخدم الإصبعين	
استخدام الحمام			
		استخدام الحمام بمساعدة	نهاراً
		استخدام الحمام باستقلالية	نهاراً
		السيطرة على التبول	نهاراً
		السيطرة على الأمعاء	نهاراً
		إمساك	نعم
		لا	لا
		لا	نعم
		لا	نعم

السمع/النظر

هل يعاني الطفل من ضعف سمع؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تم زرع/ بحاجة لزرع قوقعة إلكترونية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل لديكم قلق حول سمع الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يرفع الطفل مستوى الصوت في الأجهزة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل الطفل بحاجة لأنابيب أذن؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل لديه تاريخ التهابات أذن متكررة؟ نعم <input type="checkbox"/>
هل الطفل يرتدي/ بحاجة لسماعات أذن؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل لدى الطفل أية ردود فعل غريبة للأصوات؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل الطفل يتحدث بصوت عال؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يطلب تكرار ما قيل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
لا يسمعك إن كان لا يراك؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يردد اصوات بينه وبين نفسه؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
صعوبات بصرية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	يلبس/بحاجة نظارة طبية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
قلق بشأن النظر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	عملية جراحية في العين؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

العيون تعاني من التالي: حرقة/حكة/دامعة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الشعور بالصداع أثناء القراءة أو الكتابة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
الحول في عين واحدة أو العينين أثناء مشاهدة التلفاز؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الاصطدام بالأشياء بشكل متكرر؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
ميلان الرأس أو إغلاق العينين أثناء القراءة/ مشاهدة الصور/المجسمات؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	ردة فعل غير عادية إتجاه الأضواء الساطعة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

مهارات التواصل

تذكر طفلك خلال الأشهر المبكرة من عمره، هل كان؟	طفل سهل نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	اجتماعي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	غير متجاوب نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نشط نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
	هاديء نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	يبكي كثيراً نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	يطلب بالانتباه له نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
ملاحظات أخرى بهذا الخصوص:				
هل كان طفلك يتفاعل مع الآخرين؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إن أجبت بنعم، حدد مع من؟				
الوالدين نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الأشقاء نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الأقارب نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أطفال في سنه نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
المربية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	المعلمة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أصدقاء العائلة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	آخرون نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
في أي عمر بدأ طفلك بـ:	اصدار الأصوات:	المناغاة:	كلماته الأولى:	
	وضع كلمتين او ثلاث معاً:	استخدام الجمل:	ربط جمل ببعضها	
	الاشترك بمحادثة:	فهم الارشادات:	الإشارة للأشياء:	
أمثلة من كلماته الأولى:				
ملاحظات إضافية:				

صف بشكل محدد ما يقلقك بخصوص طفلك. هل تود إضافة اية معلومات أخرى قد تهتمنا ؟

.....

.....

أعزائنا أولياء الأمور:

نشكركم ع تعبئة هذا الطلب ونرجو منكم تسليمه إلى مركز النجوم للقدرات الخاصة. مركز النجوم سيقوم بدوره بالاتصال بكم لتحديد موعد "الاستشارة الأولية" وذلك في أقرب وقت ممكن. وسيتم مناقشة كل ما يتعلق بالتقييم اللازم والنتائج المتوقعة لاحقاً بالاتفاق معكم وذلك فور الانتهاء من الاستشارة الأولية .

المعلومات الواردة في هذا الملف تعتبر غاية في السرية ولن يتم الاعلان إلا بموافقة من قبلكم. الرجاء التأكد من أنه تم تزويدنا بكل التقارير المتعلقة بهذا الخصوص وكل المعلومات اللازمة قبل الموعد المحدد. نتطلع دوما لخدمتكم وخدمة طفلكم.

- أوافق على أنني استلمت الاوراق المتعلقة بسياسة ونظام عمل مركز النجوم للقدرات الخاصة ووافق عليها.
- أوافق ع منح مركز النجوم حرية التواصل مع مدرسة الطفل فيما يخص إعطاء المعلومات اللازمة والتوصيات الضرورية.

التوقيع: التاريخ:

التوقيع: التاريخ: