

معلومات تعريفية أولية بالفائم على دراسة الحالة :

الاسم

تاريخ تعبئة الاستمارة

الوظيفة

رقم الهاتف

العنوان

الجهة التابع لها

معلومات تعريفية أولية بالحالة :

اسم الطفل الرباعي

الجنس

() ذكر () أنثى

تاريخ الميلاد

الجنسية

مكان الميلاد

اسم ولي أمر الطفل

أرقام للاتصال به

عنوان الحالة

معلومات عن الإحالة :

الجهة المحولة

تاريخ التحويل

اسم القائم بالتحويل

وظيفته

رقم هاتف الجهة المحولة

سبب التحويل

.....-
.....-
.....-
.....-
.....-

ملخص لمشكلة الحالة

(نوعها و أعراضها)

.....-
.....-
.....-
.....-
.....-
.....-
.....-

هل تم قبول الحالة ؟

() نعم () لا

الجهة المحول لها

اسم المستقبل للحالة

وظيفته

رقم الجهة المحول لها

نوع الجهة المحول لها

() حكومية () أهلية

تاريخ استقبال الحالة

أسباب قبول الحالة

أسباب رفض الحالة

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

معلومات تعريفية أولية عن الوالدين والإخوة :

المعلومة

الأب

الأم

الاسم

تاريخ الميلاد

المستوى التعليمي

المهنة

رقم الهاتف

مع من يقيم الطفل

() الأب () الأم () كلاهما

صلة القرابة بين الوالدين

عدد الأخوة

عدد الذكور

عدد الإناث

هل الأبوين منفصلين ؟

() نعم () لا

بيانات عن من يقيم مع الطفل :

الاسم

الجنس

تاريخ الميلاد

العمر

الحالة الصحية

المستوى التعليمي

.١

۲.

۳.

۴.

.o

.6

.٧

.٨

مصدر دخل الأسرة :

دخل الأب

() حالي () تقاعدي () تجاري () اخر

دخل الأم

() حالي () تقاعدي () تجاري () آخر

مجموع الراتب (اقل من)

() ٣٠٠٠ () ٦٠٠٠ () ١٠٠٠٠ () ١٥٠٠٠

هل تعاني الأسرة من ضغوط نفسية ؟ () نعم () لا

إذا كانت الإجابة ب(نعم) الرجاء تحديدها

.....-

.....-

.....-

.....-

.....-

إذا كان احد الأقارب مصاب بأي مما في الجدول ، الرجاء تحديد ذلك :

المرض أو الاضطراب

صلة القرابة

المرض أو الاضطراب

صلة القرابة

نوبات صرع

نشاط زائد

تأخر حركي

اضطراب تواصل

اعاقة سمعية

ضمور في العضلات

اعاقة بصرية

تشوهات جسمية

صعوبات تعلم

تأخر في اللغة

اعاقة عقلية

مشكلات سلوكية

اعاقات نمائية

مشكلات معرفية

اضطراب توحد

مشكلات اجتماعية

اضطراب الانتباه

مشكلات نفسية

التاريخ الصحي لأم الحالة والحالة :

عمر الام عند الحمل

مدة الحمل

ترتيب الحمل

نوعية الحمل

() طبيعي

() غير طبيعي

هل عانت الأم أي من المضاعفات التالية في مرحلة الحمل ؟

المضاعفات

في أي شهر في الحمل

المضاعفات

في أي شهر في الحمل

الدخول للمستشفى قبل الولادة

ضغط دم

قيء وغثيان

فقر دم

درجة حرارة مرتفعة ونزيف

مشكلات نفسية اجتماعية

حوادث

تعاطي ادوية

امراض معدية

تعاطي مثبّتات حمل

تسمم بالدم

الحصبة الالمانية

التعرض للاشعة

الغدة الدرقية

كولسترول مرتفع

سوء التغذية

أكمل بـ (نعم) أو (لا) ومن ثم وضح الاختبارات أو المشاكل أو الأدوية في الفقرات التالية :

هل خضع الطفل لاختبارات سمع ؟

وضح:.....

.....

.....

هل خضع الطفل لاختبارات بصر ؟

وضح:.....

.....

.....

هل اكتملت التطعيمات الأساسية ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل عانى من بعض الأطعمة ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل يعاني من مشاكل سمعية ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل يعاني من مشاكل بصرية ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل يعاني من مشاكل في الكلام ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل يعاني من مشاكل في الأكل ؟

وضّح:.....

.....

هل يعاني من نوبات صرع ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل يعاني من مشاكل بالنوم ؟

وضّح:.....

.....

.....

هل يعاني من حساسية ؟

وضّح:.....

.....

هل يتناول الطفل أية أدوية ؟

وضّح:.....

.....

هل يعاني من أي مشاكل صحية أخرى ؟

وضّح:.....

.....

.....

.....

نتائج التشخيص السابقة :

هل تم تشخيص الطفل باضطرابات او اعاقات ؟

() نعم () لا

ماذا كانت نتيجة التشخيص؟

عمر الطفل عند التشخيص

جهة التشخيص

اسم الشخص المسؤول

جهة عمله

رقم الهاتف

الاختبارات النفسية :

اسماء الاختبارات النفسية المطبقة

نتائج الاختبارات

.....-

.....-

.....-

درجة الذكاء :

هل تم تحديد درجة الذكاء؟

() نعم () لا

تاريخ التحديد للدرجة

عمر الطفل عند التشخيص

اسم الفاحص

رقم الهاتف

الاختبارات الاجتماعية المطبقة :

اسم الاختبار

.....

نتائج الاختبار

.....-
.....-
.....-
.....-

تاريخ التشخيص

عمر الطفل عند التشخيص

اسم الفاحص

جهة العمل

رقم الهاتف

التشخيص الطبي :

هل تم التشخيص طبيا ؟

() نعم () لا

نتائج التشخيص

.....-

.....-

.....-

.....-

اسم الطبيب

جهة العمل

العنوان

الهاتف

التاريخ الدراسي :

اسم البرنامج

مكانه

العمر

مدة البقاء

سبب التوقف

المشرف

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

ملاحظات :

.....
.....
.....
.....

مستوى الاداء الحالي :

السلوكيات العامة :

ماهي الاشياء التي تغضبه او تسبب له التوتر :

-.....
-.....
-.....
-.....

ماهي مظاهر هذا الغضب او التوتر :

-.....
-.....
-.....
-.....

كيف يتصرف الطفل في حال حدوث تغيير في روتينه المعتاد :

-.....
-.....

.....-

ماهي السلوكيات الغير مقبولة التي يقوم بها :

.....-

.....-

.....-

.....-

كيف يتصرف الالهل في حالة حدوث سلوكيات غير مقبولة :

.....-

.....-

.....-

.....-

من الشخص المسؤول عن تربية الطفل :

.....-

.....-

.....-

.....-

مهارات الاعتماد على النفس :

المهارات

نعم

لا

بمساعدة من

هل يقضي حاجته بمفرده في الحمام

هل يتناول الاطعمة بمفرده

هل يساعد في المنزل

هل يرتدي ملابس به بنفسه

هل يخلع الملابس بمفرده

.....-

مهارات التواصل :

هل لدى الطفل قدرات لغوية تعبيرية

() نعم () لا

هل يعاني الطفل من مشكلات في اللغة والنطق

() نعم () لا

هل يردد حديثا او كلاما قد سمعه مسبقا

() نعم () لا

هل يستجيب الطفل للحديث الموجه لديه

() نعم () لا

ما نوع استجابة الطفل للحديث او المناداة

() نعم () لا

المهارات الاكاديمية :

هل يوجد ببرنامج مهارات اكايمية ؟

() نعم () لا

تكلم عن المهارات التالية للطفل باختصار :

الكتابة :

.....

القرءاءة:.....

الحساب:.....

.....

الاملاء:.....

التحصيل الدراسي بشكل عام :

.....

.....

المهارات الحركية :

تكلم عن المهارات التالية للطفل باختصار :

المشي:.....
الركض:.....
القفز:.....
صعود الدرج ونزوله:.....
مسك القلم:.....
مسك الاكواب:.....
فتح الابواب:.....

الجانب الحسي :

هل يتجاهل الاحساس بالألم والحرارة

() نعم () لا

هل يتجاهل المثيرات البصرية

() نعم () لا

هل يتجاهل المثيرات السمعية

() نعم () لا

هل يستخدم الشم في التعرف على الناس والاشياء

() نعم () لا

هل يستخدم التذوق في التعرف على الناس والاشياء

() نعم () لا

اهتمامات الطفل :

اشياء يجيدها :

العاب

اطعمة

اماكن

اشخاص

مثيرات حسية

اشياء لا يجيدها :

العاب

اطعمة

اماكن

اشخاص

مثيرات حسية

التقرير الختامي لدراسة الحالة :

رأي الأخصائي :

.....
.....
.....

التوصيات :

.....
.....
.....

الخطوة العلاجية المقترحة :

المجال

الهدف العام

انجز

لم ينجز

اسم الاخصائي:.....

التوقيع:.....

التاريخ:.....

الختم الرسمي:.....