

نموذج التاريخ



(ملحوظة: يجب إكمال النموذج من قبل المريض وولي الأمر / الوصي قبل رؤية مقدم الخدمة. يحتفظ مقدمو الخدمة بنسخة في سجل المريض. تحتفظ المدارس بنسخة في السجلات التعليمية للطالب وفقاً لأحكام قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA). طبقاً لقانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA)، قد تتضمن السجلات التعليمية أي سجلات صحية للطالب تحتفظ بها المدارس.)

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: _____
 النوع: _____ السن: _____ الصف: _____ المدرسة: _____ الرياضة (الرياضات): _____

يرجى مسح رمز الاستجابة السريعة ضوئياً للحصول على الموارد المحدثة المتعلقة

الأدوية والحساسية: يرجى كتابة قائمة بجميع الأدوية والمكملات (عشبية وغذائية) التي تتناولها حالياً والتي تصرف دون وصفة طبية.

هل لديك أي نوع من الحساسية؟ نعم لا في حال كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد الحساسية المحددة أدناه.

الأدوية حبوب اللقاح الأطعمة الحشرات اللاذعة

كم مرة انزعجت من أي من المشاكل التالية، على مدار الأسبوعين الماضيين؟

أعط إجابات من 0 إلى 3، باستخدام هذا المقياس: 0 = لا على الإطلاق؛ 1 = عدة أيام؛ 2 = أكثر من نصف الأيام؛ 3 = كل يوم تقريباً

القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء: 0 1 2 3 الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس: 0 1 2 3

ملاحظة لمقدمي الخدمات: إذا كانت النتيجة المجمعة 3 أو أكثر، فينبغي تقييم الطالب بشكل أكبر باستخدام استبيان صحة المريض -9 (PHQ-9) لتحديد ما إذا كانوا يستوفون معايير الاضطراب الاكتئابي.

اشرح الإجابات بـ "نعم" أدناه، ضع دائرة حول الأسئلة التي لا تعرف إجاباتها.

لا	نعم	اسئلة عامة
		1. هل لديك أي مخاوف ترغب في مناقشتها مع مقدم الخدمة الخاص بك؟
		2. هل سبق لطبيب أو أخصائي رعاية صحية آخر رفض أو تقييد مشاركتك في الرياضة لأي سبب من الأسباب؟
		3. هل لديك أي مشاكل طبية مستمرة أو مرض مستجد؟
		4. هل أصبت بعدوى كوفيد-19 واحتجت الدخول إلى المستشفى؟
		تتيح لنا هذه الأسئلة معرفة صحة قلبك
		5. هل سبق لك أن فقدت الوعي أو كنت أن تفقد الوعي أثناء التمرين أو بعده؟
		6. هل شعرت من قبل بعدم الراحة أو الألم أو الضيق أو الضغط في صدرك أثناء التمرين؟
		7. هل تصبح ضربات قلبك سريعة أو تتخفق في صدرك أو يتخطى القلب النبض (نبض غير منتظم) أثناء التمرين؟
		8. هل أخبرك طبيب من قبل أنك تعاني من أي مشاكل في القلب؟ إذا كان الأمر كذلك، فحدد كل ما ينطبق: ارتفاع ضغط الدم _____ ارتفاع الكوليسترول في الدم _____ عدوى القلب _____ مرض كاو اساكى _____ مشاكل أخرى: _____
		9. هل سبق لطبيب أن أمر بإجراء فحص لقلبك؟ على سبيل المثال، تخطيط القلب الكهربائي (ECG) أو تخطيط صدى القلب.
		10. هل تشعر بالدوار أو بضيق في التنفس مقارنة بأصدقائك أثناء التمرين؟
		11. هل سبق لك أن تعرضت لنوبة؟
		تتيح لنا هذه الأسئلة معرفة صحة القلب في عائلتك. يرجى الإجابة قدر الإمكان.
		12. هل توفي أي فرد من أفراد العائلة أو أحد الأقارب بسبب مشاكل في القلب أو تعرض لموت مفاجئ غير متوقع قبل سن 35 عاماً (بما في ذلك الفرق أو حادث سيارة غير مبرر)؟
		13. هل يعاني أي فرد في عائلتك من مشكلة وراثية في القلب مثل اعتلال عضلة القلب الضخامي (HCM)، أو متلازمة مارفان، أو اعتلال عضلة القلب البطني الأيمن، أو متلازمة كيو تي الطويلة (LQTS)، أو متلازمة كيو تي القصيرة (SQTS)، أو متلازمة بروغادا، أو تسارع القلب البطني الكاتيكولاميني متعدد الأشكال (CPVT)؟
		14. هل كان لدى أي فرد من أفراد عائلتك جهاز لتنظيم ضربات القلب أو جهاز مزروع لإزالة الرجفان قبل سن 35 عاماً؟

لا	نعم	اسئلة عامة
		تتيح لنا هذه الأسئلة معرفة أي مشكلة في العظام أو مشكلات مشتركة قد تحد من قدرتك على أن تكون نشطاً بدنياً.
		15. هل سبق لك أن تعرضت لكسر بسبب الإجهاد أو إصابة في العظام أو العضلات أو الأربطة أو المفصل أو الأوتار التي تسببت في تفويتك لممارسة أو لعبة؟
		16. هل لديك إصابة في العظام أو العضلات أو الأربطة أو المفاصل تزعجك؟
		تتيح لنا هذه الأسئلة معرفة المزيد عن أي مشكلات طبية حالية أو سابقة
		17. هل تعاني من السعال أو الصفير أو صعوبة التنفس أثناء / بعد التمرين؟
		18. هل تفقد كلية أو عين أو خصية (للذكور) أو طحالك أو أي عضو آخر؟
		19. هل تعاني من ألم في الفخذ أو الخصية أو انتفاخ مؤلم أو فتق في منطقة الفخذ؟
		20. هل تعاني من أي طفح جلدي متكرر، أو طفح جلدي يظهر ويختفي، كالهربس أو المكوارات العقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA)؟
		21. هل أصبت بإرتجاج أو إصابة في الرأس تسببت في حدوث إيهام أو صداع طويل الأمد أو مشاكل في الذاكرة؟
		22. هل عانيت من قبل من تمييل أو وخز أو ضعف في ذراعك أو ساقك أو كنت غير قادر على تحريك ذراعك أو ساقك بعد التعرض للضرب أو السقوط؟
		23. هل سبق لك أن مرضت أثناء ممارسة الرياضة في الحر؟
		24. هل تعاني أنت أو أحد أفراد عائلتك من فقر الدم المنجلي أو المرض؟
		25. هل عانيت من قبل، أو هل لديك أي مشاكل في عينيك أو رؤيتك؟
		تمكننا هذه الأسئلة من معرفة ما إذا كنت تزود جسمك بما يكفي من الطاقة (الوقود) عندما تكون نشطاً بدنياً
		26. هل أنت قلق بشأن وزنك؟
		27. هل تحاول أو أوصاك أي شخص بأن تزيد / تفقد الوزن؟
		28. هل تتبع حمية غذائية خاصة أو تتجنب أنواعاً معينة من الأطعمة أو المجموعات الغذائية؟
		29. هل عانيت من قبل من اضطراب في الأكل؟
		30. هل سبق لك أن أتتك الدورة الشهرية؟ (في حال كانت الإجابة بنعم، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية.)
		31. كم كان عمرك عندما أتتك أول دورة شهرية؟
		32. متى كانت آخر دورة شهرية لك؟
		33. كم عدد الدورات الشهرية التي أتت في آخر 12 شهراً؟

اشرح الإجابات بـ "نعم" هنا:

أصرح بموجب هذا، على حد علمي، أن إجاباتي على الأسئلة أعلاه كاملة وصحيحة.

توقيع الرياضي _____ توقيع ولي الأمر / الوصي _____ التاريخ _____

النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون رقم 336.479، القسم 3 (3) "يجب على المنطقة التعليمية التابعة لها المدرسة أن تطلب من الطلاب الذين يستمرون في المشاركة في الرياضات اللاعنفية في الصفوف من 7 إلى 12 إجراء فحص بدني مرة كل عامين" القسم 1 (5) أي فحص بدني يتطلبه هذا القسم يجب أن يقوم به (أ) طبيب حاصل على ترخيص غير مقيد لممارسة الطب؛ (ب) طبيب علاج طبيعي مرخص؛ (ج) مساعد طبيب مرخص؛ (د) ممرض ممارس معتمد؛ أو (هـ) طبيب تقويم عمود فقري المرخص لديه تدريب سريري وخبرة في الكشف عن أمراض وعيوب القلب والرئتين".

استمارة الفحص البدني



(ملحوظة: يحتفظ مقدمو الخدمة بنسخة في سجل المريض. تحتفظ المدارس بنسخة في سجلات تعليم الطلاب وفقاً لأحكام قانون الخصوصية وحقوق التعليم للأسرة (FERPA).

يُرجى مسح رمز الاستجابة السريعة
المرفقة جنباً إلى جنباً للحصول على
الموارد المجديّة المتعلّقة

طبقاً لقانون الخصوصية وحقوق التعليم للأسرة (FERPA)، قد تتضمن السجلات التعليمية أي سجلات صحية للطلاب تحتفظ بها المدارس.)

تاريخ الاختبار: _____

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____

النوع: _____

السن: _____

الصف: _____

المدرسة: _____

الرياضة (الرياضات): _____

الفحص	
الطول:	الوزن:
الضغط الدم:	(/) / النبض:
الرؤية يمين /20	يسار /20
تم التصحيح نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نتائج غير طبيعية
طبية	طبيعية
المظهر	
العينين / الأذنين / الأنف / الحلق	
الغدد الليمفاوية	
القلب • نفخات القلب (تسمع أثناء الوقوف الاستلقاء، مع وبدون مناورة فالسالفا)	
النبضات	
الرتتين	
البطن	
الجدار	
الجهاز العصبي	
الجهاز العضلي الهيكلي	
الرقبة	
الظهر	
الذراع/ الكتف	
الكوع / الساعد	
المعصم / اليد / الأصابع	
الفخذ/ الورك	
الركبة	
الساق / الكاحل	
القدم / أصابع القدم	

 مسموح بجميع الألعاب الرياضية بدون قيود مسموح بجميع الرياضات بدون قيود مع توصيات لمزيد من التقييم أو العلاج من أجل: غير مسموح في انتظار المزيد من التقييم لأي رياضة لبعض الرياضات:

السبب: _____

التوصيات: _____

لقد قمت بفحص الطالب المذكور أعلاه وأكملت التقييم البدني لما قبل المشاركة. لا يوجد لدى الرياضي موانع سريرية واضحة لممارسة الرياضة والمشاركة فيها على النحو المبين أعلاه. يوجد نسخة من الفحص البدني مسجلة في مكتبتي ويمكن إتاحتها للمدرسة بناءً على طلب ولي الأمر. في حال ظهرت ظروف بعد السماح للرياضي بالمشاركة، يجوز لمزود الخدمة إلغاء التصريح حتى يتم حل المشكلة ويتم شرح العواقب المحتملة بالكامل للرياضي (وأولياء الأمور/الأوصياء). هذا النموذج هو نسخة طبق الأصل من النموذج الحالي المطلوب من قبل مجلس التعليم بالولاية والذي يحتوي على نفس أسئلة تاريخ الرياضي ونتائج الفحص البدني. لقد اجعت أيضاً بروتوكول الاختبار المقترح.

اسم مقدم الخدمة (مطبوع / مكتوب): _____

التاريخ: _____

النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون 336.479، القسم 1 (3) "يجب على المنطقة التعليمية التابعة لها المدرسة أن تطلب من الطلاب الذين يستمرون في المشاركة في الرياضات اللامنهجية في الصفوف من 7 إلى 12 إجراء فحص بنني مرة كل عامين". القسم 1 (5) "أي فحص بنني يتطلب هذا القسم يجب أن يقوم به (أ) طبيب حاصل على ترخيص غير مقيد لممارسة الطب؛ (ب) طبيب علاج طبيعي مرخص؛ (ج) مساعد طبيب مرخص؛ (د) ممرض ممارس معتمد؛ أو (هـ) طبيب تقويم عمود فقري المرخص لديه تدريب سريري وخبرة في الكشف عن أمراض وعيوب القلب والرئتين".

النموذج مقتبس من © 2023 حقوق النشر للأكاديمية الأمريكية لأطباء الأسرة، والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، والكلية الأمريكية للطب الرياضي، والجمعية الطبية الأمريكية للطب الرياضي، والجمعية الأمريكية لجراحة العظام للطب الرياضي، والأكاديمية الأمريكية لتقويم العظام للطب الرياضي يمكن العثور على الموارد المتعلقة بالصحة العقلية في هيئة الصحة في ولاية أوريغون على الموقع الإلكتروني لرابطة الأنشطة المدرسية في ولاية أوريغون من خلال رمز الاستجابة السريعة أعلاه على <https://www.osaa.org/resources>

الجهاز العضلي الهيكلي

اجعل المريض:

لفحص:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. يقف في مواجهة الفاحص | المفصل الأخرمي الترقوي، الجلقة العامة |
| 2. ينظر إلى السقف، الأرضية، فوق الكتفين، يلمس الأذنين إلى الكتفين | حركة العمود الفقري العنقي |
| 3. يهز الكتفين (ضد المقاومة) | قوة العضلات شبه المنحرفة |
| 4. يُبجَد الكتفين بزوايا 90 درجة، يمسك ضد المقاومة | قوة العضلة الدالية |
| 5. يقوم بتدوير الذراعين خارجياً بالكامل | حركة الكتف |
| 6. يقوم بثني أو تمديد المرفقين | حركة المرفقين |
| 7. يقوم بثني الذراعين على الجانبين، المرفقين بزوايا 90 درجة، بسط/كَب المعصمين | حركة المرفقين والمعصمين |
| 8. يقوم بفرد الأصابع، يقوم بعمل قبضة بيديه | حركة اليدين والإصابع، التشوهات |
| 9. يقوم بقبض عضلات الفخذ، بسط عضلات الفخذ | تناظر وانصباب الركبة/الكاحل |
| 10. يقوم بإجراء «مشية البطة» على بعد 4 خطوات من الفاحص | حركة الورك والركبة والكاحل |
| 11. يقف مع العودة إلى الفاحص | تناظر الكتف والجف |
| 12. يجعل الركبتان مستقيمتان، يلمس أصابع القدم | الجف، حركة الورك، أوتار الركبة |
| 13. ينهض على الكعبين ثم أصابع القدمين | تناظر ريلة الساق، قوة الساق |

تقييم النفخة القلبية - ينبغي إجراء التسمع أثناء وضع الجلوس والاستلقاء والقرصاء في غرفة هادئة باستخدام الحجاب الحاجز وجرس سماعة الطبيب.

نتيجة التسمع:

الاستيعادات:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1. تم سماع الصوت الأول للقلب S1 بسهولة؛ لا يوجد انقباض كلي، ناعم ومنخفض النبرة | عيب الحاجز البطيني والقلس التاجي |
| 2. الصوت الثاني للقلب S2 | رباعية فالو واضطراب طيف التوحد وارتفاع ضغط الدم الرئوي |
| 3. بدون نفخة أو نفرة انقباضية متوسطة | ضيق الصمام الأبهري وضيق الصمام الرئوي |
| 4. بدون نفخة انبساطية مستمرة | القناة الشريانية المفتوحة |
| 5. بدون نفخة انبساطية مبكرة | قصور الصمام الأبهري |
| 6. النبضات السباتية الفخذية الطبيعية | التضيق |

(ما يعادل النبضات العضدية في القوة والوصول)

الارتجاج الدماغى... متى يمكن للرياضي العودة للعب بعد تعرضه لارتجاج دماغى؟

لا ينبغي أن يعود أي رياضي للعب أو التدرّب في نفس اليوم بعد تعرضه لارتجاج دماغى. في السابق، كان يُسمح للرياضيين بالعودة إلى اللعب إذا اختفت الأعراض لديهم في غضون 15 دقيقة من الإصابة. أظهرت الدراسات أن دماغ الشاب لا يتعافى بهذه السرعة، وبالتالي وضعت الهيئة التشريعية في ولاية أوريغون قاعدة تقضي بعدم عودة أي لاعب للعب بعد تعرضه لارتجاج دماغى في نفس اليوم، ويجب أن يسمح أخصائي رعاية صحية مناسب للاعب بالعودة للعب أو الممارسة.

التدرج المرحلي والعودة إلى المشاركة: لا بد من الحصول على تصريح طبي بموجب النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون رقم 336.485 ورقم 417.875 قبل العودة إلى المشاركة.

1. **النشاط المقيد بالأعراض:** راحة نسبية تصل إلى 48-72 ساعة. السماح بنشاط بدني ومعرفة منخفض الكثافة. قد يشمل البقاء في المنزل أو تقليل ساعات الدراسة و / أو الواجب المنزلي. إعادة تقديم نشاط خفيف جداً تدريجياً مع الحد من الأعراض.

2. **تمرين رياضي خفيف:** المشي أو الدراجة الثابتة بكثافة منخفضة إلى معتدلة؛ بدون تلامس أو مقاومة أو تدريب رفع الأثقال.

3. **تمرين رياضي محدد:** الركض أو المراوغة أو كرة السلة أو كرة القدم؛ بدون خوذة أو معدات، بدون أنشطة تؤثر على الرأس.

4. **تدريب بدون تلامس:** تدريبات أكثر تعقيداً باستخدام معدات كاملة. يجوز البدء في تدريب الوزن أو تدريب المقاومة.

**** قبل الانتقال إلى المرحلة التالية، يجب أن يتعافى الرياضي تماماً، وأن يحصل على تصريح طبي، ويعاود الانتظام في المدرسة دون إقامة.**

5. **ممارسة التلامس الكامل:** المشاركة في أنشطة التدريب الاعتيادية ذات التلامس الكامل.

6. **العودة غير المقيدة للمشاركة / المنافسة الكاملة:** لعب الألعاب ضد الفريق المنافس.

ينبغي أن يقضى الرياضي يوماً واحداً على الأقل في كل خطوة. إذا تكررت الأعراض، يجب على الرياضي التوقف عن النشاط والاتصال بمديره الرياضي أو غيره من متخصصي الرعاية الصحية. اعتماداً على النوع المحدد وشدة الأعراض، قد يطلب من الرياضي الراحة لمدة 24 ساعة ثم استئناف النشاط بخطوة واحدة دون المستوى عند ظهور الأعراض. ينطبق التقدم المتدرج على جميع الأنشطة بما في ذلك الرياضة ودروس التربية البدنية.

0041-021-581 نموذج وبروتوكول الاختبارات البدنية الرياضية

1. يتبنى مجلس التعليم بالولاية بالإحالة النموذج المسمى "اختبار ما قبل المشاركة في الرياضة المدرسية" بتاريخ أبريل 2023 والذي يجب استخدامه لتوثيق الفحص البدني ويحدد بروتوكول إجراء الفحص البدني. يمكن استخدام النموذج إما في نسخة ورقية أو بتنسيق إلكتروني. يجوز لمقدمي الخدمات الطبية استخدام أنظمة السجلات الصحية الإلكترونية الخاصة بهم لإنشاء النموذج الإلكتروني. يجب على مقدمي الخدمات الطبية الذين يجرون فحوصات بدنية للطلاب الذين يشاركون في الأنشطة اللامنهجية في الصفوف من 7 إلى 12 استخدام النموذج.
 2. إذا تم إنتاج النموذج من سجل طبي إلكتروني، فيجب أن يحتوي على البيان التالي فوق سطر توقيع مقدم الخدمات الطبية:
هذا النموذج هو نسخة طبق الأصل من النموذج الحالي المطلوب من قبل مجلس التعليم بالولاية والذي يحتوي على نفس أسئلة تاريخ الرياضي ونتائج الفحص البدني. لقد راجعت أيضًا "بروتوكول الاختبار المقترح".
 3. يجب على مقدمي الخدمات الطبية الذين يجرون الفحوصات الطبية في أو بعد 1 مايو 2018 وقبل 1 مايو 2023 استخدام النموذج المؤرخ في مايو 2017.
 4. يمكن لمقدمي الخدمات الطبية الذين يجرون الفحوصات الطبية في أو بعد 1 مايو 2023 وقبل 1 مايو 2024 استخدام النموذج المؤرخ في مايو 2017 أو النموذج المؤرخ في أبريل 2023.
 5. يجب على مقدمي الخدمات الطبية الذين يجرون الفحوصات الطبية في أو بعد 1 مايو 2024 استخدام النموذج المؤرخ في أبريل 2023.
- ملحوظة:** يمكن العثور على النموذج على موقع جمعية الأنشطة المدرسية في ولاية أوريغون (OSAA) على <https://www.osaa.org/health-safety>.
- السلطة القانونية / السلطة الأخرى: ORS 326.051
الأنظمة الأساسية / الأنظمة الأخرى المنفذة: النظام الأساسي المنقح لولاية أوريغون رقم 336.479