

## MEDICAL REPORT

Dear Parents,  
Please complete and return it with a copy of your child's vaccination record.

|             |   |                  |  |
|-------------|---|------------------|--|
| First Name  |   | Last Name        |  |
| Sex         | <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female | Date of Birth    |  |
| Nationality |   | Emergency Number |  |

Name & Contact Number for Family Doctor

|      |                |
|------|----------------|
| Name | Contact Number |
|------|----------------|

Tick the Relevant Box (if your child has/had any of the following illnesses/conditions):

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p><b>Illness</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Chicken Pox</li> <li><input type="radio"/> Whooping Cough</li> <li><input type="radio"/> German Measles (Rubella)</li> <li><input type="radio"/> Mumps</li> <li><input type="radio"/> Rheumatic Fever</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Scarlet Fever</li> <li><input type="radio"/> Tuberculosis</li> <li><input type="radio"/> Pneumonia</li> <li><input type="radio"/> Malaria</li> <li><input type="radio"/> Meningitis</li> </ul> | <p><b>Conditions:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Diabetes</li> <li><input type="radio"/> Epilepsy</li> <li><input type="radio"/> Heart Trouble</li> <li><input type="radio"/> Asthma</li> <li><input type="radio"/> Allergies (specify below)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Hearing Difficulty</li> <li><input type="radio"/> Vision Difficulty</li> <li><input type="radio"/> Speech Difficulty</li> <li><input type="radio"/> Operations</li> <li><input type="radio"/> Serious Injuries</li> </ul> |
|---|---|--|--|

Is your child taking medication now or previously?  Yes     No

Details \_\_\_\_\_

Does your child have a psychological / behavioral report?  Yes     No

Details \_\_\_\_\_

Is there a history of allergic reaction to any substance? (e.g. food, medicine, animal)  Yes     No

Details \_\_\_\_\_

As children sometimes become ill at the center with high temperature or colds etc. We have a small supply of non-prescriptive medicines available.

- I authorize the center to administer non-prescriptive medicine to my child.
- I do not authorize the center to administer non-prescriptive medicine to my child.

All medication sent in to the center needs to be labelled and given to the center's nurse.

To prevent the spread of contagious illnesses within the center, we would appreciate it if the following policy is observed.

**Symptoms requiring the removal of a child from the center setting:**

- Fever - and sore throat, rash, vomiting, earache, irritability, or confusion.
- Diarrhea - runny, watery or bloody stools.
- Vomiting - 2 or more times.
- Body rash with fever.
- Sore throat with fever and swollen glands.
- Severe coughing - child gets blue or red in the face or makes high pitched whooping sound after coughing.
- Eye discharge - thick mucus or pus draining from the eye.
- Yellowish skin or eyes.
- Child is irritable, continuously crying, or requires more attention than can be provided without affecting the health and safety of the other children.

If your child has any of the above symptoms they should remain at home for at least 24 hours. Should your child be absent from the center with an infectious illness, please do not send your child back to center without a doctor's clearance certificate.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## السجل الطبي

السادة/ أولياء الأمور

الرجاء تعبئة النموذج و إعادته مع سجل التطعيم الخاص بالطفل.

|             |               |  |
|-------------|---------------|--|
| الإسم الأول | إسم العائلة   |  |
| الجنس       | تاريخ الميلاد | <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى |
| الجنسية     | رقم للطوارئ   |  |

إسم و رقم هاتف الطبيب الخاص بالعائلة

|       |            |
|-------|------------|
| الاسم | رقم الهاتف |
|-------|------------|

يرجى الإشارة على المربع بجانب إسم أي مرض أو حالة يعاني منها الطفل:

### الحالات المرضية

- صعوبات في السمع
- صعوبات في النظر
- صعوبات في النطق
- عمليات
- إصابات بليغة

نعم  لا

- السكر
- الصرع
- مشاكل في القلب
- الربو
- حساسية يرجى تحديد النوع

- الجدري
- التهاب الغدة
- الحمى القرمزية
- الالتهاب الرئوي
- السحايا

- السعال الديكي
- الحصبة الألمانية (روبيال)
- الحمى الروماتيزمية
- السل
- المالريا

هل يخضع/ خضع الطفل ألي علاج؟

التفاصيل

نعم  لا

هل يوجد الطفل تقرير نفسية أو السلوكية؟

التفاصيل

نعم  لا

هل توجد لديه حساسية ضد أي مادة تم تسجيلها من قبل؟ مثال: الأطعمة، الأدوية، الحيوانات

التفاصيل

في حالة مرض الطفل في المركز بالبرد أو بارتفاع الحرارة... إلخ. لدينا بعض الأدوية من غير وصفات طبية

أسمح للمركز بإعطاء الدواء لطفلي بغير وصفة

ال أسمح للمركز بإعطاء الدواء لطفلي بغير وصفة طبية

كل الأدوية المرسله إلى المركز يجب أن تحتوي على ملصق يبين محتواها، و يجب أن ترسل إلى الممرضة المسؤولة في المركز.

لمنع انتشار الأمراض المعدية بين الأطفال داخل المركز و لسلامة أطفالكم فإننا نود من سيادتكم التكرم باتباع الآتي.

**الأعراض المرضية التي يتم فيها سحب الطفل من المركز:**

- الحرارة - التهاب في الحلق، الطفح الجلدي، القيء، آلم الأذن، التهاب، الإضطراب.
- الإسهال - جريان المعدة، براز مصحوب بالماء أو الدم.
- القيئ - مرتان أو أكثر.
- طفح جلدي مع حرارة.
- إنتهاب الحلق مع حرارة و تورم بالغدد.
- السعال الشديد - الذي يجعل وجه الطفل أزرق أو أحمر و يصاحب صوت مرتفع بعد السعال.
- إنتهاب العين - وجود أغشية مخاطية سميكة أو خروج صديد من العين.
- عيون أو بشرة صفراء.
- تهيج الطفل، البكاء المستمر، أو احتياجه لرعاية أكثر من المقدمة له بدون التأثير على صحة و سلامة الأطفال الآخرين.

إذا كان طفلك يعاني من أي الأعراض المذكورة أعلاه يجب أن يبقى في المنزل لمدة 24 ساعة على الأقل. و ينبغي أن ال تصطحب طفلك إلى المركز إذا كان يعاني من مرض

معدى، يرجى عدم إرسال طفلك إلى المركز دون إثبات من الطبيب.

التاريخ

التوقيع