

(ملحوظة: يجب ملء هذه الاستمارة من قبل المريض(ة) والوالدة(ة) قبل زيارة مقدم الرعاية الطبية. يجب على مقدم الرعاية الطبية الاحتفاظ بهذه الاستمارة في الملف الطبي للتلميذ(ة). لا يتم إرجاع هذه الاستمارة إلى القسم الرياضي.)

تاريخ الفحص	تاريخ الميلاد	رقم التعريف المدرسي (OSIS)
الاسم الأخير	الاسم الأول	الرياضة (الرياضات):
الجنس	السن	الصف
	المدرسة	المجمع المدرسي

## الأدوية والحساسية يرجى ذكر جميع الأدوية الموصوفة والأدوية بدون وصفة طبية (العشبية والغذائية) التي تتناولها حالياً.

هل لديك أي حساسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد السبب المحدد للحساسية أدناه:	<input type="checkbox"/> المطاط	<input type="checkbox"/> لدغات الحشرات	<input type="checkbox"/> الأطعمة	<input type="checkbox"/> الطلع
هل تحمل جهاز الاستنشاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
هل تحمل قلم (Epi Pen)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

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

أسئلة عامة	نعم لا	أسئلة طبية	نعم لا
1. هل سبق أن رفض الطبيب أو قيد مشاركتك في الألعاب الرياضية لأي سبب من الأسباب؟		27. هل تعاني من السعال أو الصفير أو صعوبة في التنفس أثناء التمرين أو بعده؟	
2. هل لديك أي حالات طبية مستمرة؟ إذا كان الأمر كذلك، نرجو التحديد أدناه: <input type="checkbox"/> الربو <input type="checkbox"/> فقر الدم <input type="checkbox"/> السكري <input type="checkbox"/> العدوى <input type="checkbox"/> مرض الخلية المنجلية أو أعراضه غير ذلك:		28. هل سبق لك أن استخدمت جهاز الاستنشاق أو تناولت دواء الربو؟	
3. هل سبق وتم حجزك في المستشفى؟		29. هل هناك أي شخص في عائلتك مصاب بالربو؟	
4. هل خضعت لأي عملية جراحية؟		30. هل ولدت من دون كلية أو هل فقدت كلية أو عين أو خصية (للذكور) أو طحالك أو أي عضو آخر؟	
<b>أسئلة عن صحة القلب</b>		31. هل لديك ألم في الفخذ أو انتفاخ مؤلم أو فتق في منطقة الفخذ؟	
5. هل سبق لك أن فقدت الوعي أو أقيمت من فقدان الوعي أثناء التمرينات الرياضية أو بعدها؟	نعم لا	32. هل كان لديك مرض عدد كريات الدم البيضاء المعدية (الأحادية) خلال الشهر الماضي؟	
6. هل سبق لك أن شعرت بعدم الراحة أو الألم أو الضيق أو الضغط في صدرك أثناء التمرينات الرياضية؟		33. هل لديك أي طفح جلدي أو تقرحات ضغط أو مشاكل جلدية أخرى؟	
7. هل تتسارع دقات قلبك أو يتخطى النبض أثناء الراحة أو أثناء التمرين؟		34. هل عانيت من عدوى الهربس أو مرض بكتيريا المكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA) الجلدي؟	
8. هل أخبرك الطبيب من قبل أن لديك أي مشاكل في القلب؟ إذا كان الجواب نعم، ضع علامة على كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> لغط القلب <input type="checkbox"/> ارتفاع نسبة الكوليسترول <input type="checkbox"/> التهاب القلب <input type="checkbox"/> مرض كاواساكي غير ذلك:		35. هل سبق أن تعرضت لإصابة في الرأس أو ارتجاج؟	
9. هل طلب الطبيب إجراء اختبار لقلبك؟ (على سبيل المثال، اختبار (ECG/EKG)، مخطط صدى القلب)		36. هل أصبت من قبل بنوبة صرع غير مبررة؟	
10. هل تشعر بالدوار أو تشعر بضيق في التنفس أكثر مما هو متوقع أثناء التمرينات الرياضية؟		37. هل سبق لك أن تعرضت لضربة أو كدمة في الرأس تسببت في حدوث ارتباك أو صداع طويل الأمد أو مشاكل في الذاكرة؟	
11. هل تشعر بالتعب أو ضيق التنفس بشكل أسرع من أصدقائك أثناء التمرين؟		38. هل لديك تاريخ من اضطراب نوبات الصرع؟	
12. هل سبق لك أن خضعت لأي عملية جراحية في القلب؟		39. هل تصاب بالصداع أثناء التمرين؟	
<b>أسئلة عن صحة القلب لدى عائلتك</b>		40. هل أصبت في أي وقت مضى بخدر، أو وخز، أو ضعف في ذراعك أو في ساقيك بعد التعرض للضرب أو السقوط؟	
13. هل لدى أي شخص في عائلتك نبضات قلب غير منتظمة؟		41. هل لم تتمكن من تحريك ذراعك أو ساقيك بعد أن أصبت أو سقطت؟	
14. هل توفي أحد أفراد الأسرة أو أحد الأقارب بسبب مشاكل في القلب أو كان لديه موت مفاجئ غير متوقع أو غير مفسر قبل سن 50 (بما في ذلك الفرق أو حوادث السيارات غير المبررة أو متلازمة موت الرضيع المفاجئ)؟		42. هل أصبت بالمرض أثناء ممارسة الرياضة في درجة الحرارة المرتفعة؟	
15. هل يعاني أي شخص في عائلتك من مشكلة في القلب أو يستخدم جهاز تنظيم ضربات القلب أو مزيل الرجفان؟		43. هل تعاني من تشنجات عضلية متكررة عند التمرين؟	
16. هل تعرض أي شخص في عائلتك للإغماء غير المبرر، أو نوبات الصرع غير المبررة، أو كاد يفرق؟		44. هل كانت لديك أي مشاكل مع عينيك أو بصرك؟	
17. هل أنت أو أي شخص في عائلتك لديه مرض الخلية المنجلية أو أعراضه؟		45. هل عانيت من أي إصابات في العين؟	
<b>أسئلة العظام والمفاصل</b>		46. هل ترتدي نظارة أو عدسات لاصقة؟	
18. هل سبق لك وأن تعرضت لإصابة في العظام أو العضلات أو الأربطة أو الأوتار تسببت في تقييد تمرين أو مباراة؟		47. هل ترتدي نظارات واقية، مثل النظارات الواقية في العمل أو واقية الوجه؟	
19. هل سبق أن عانيت من أي كسر أو شرخ في العظام أو خلع المفاصل؟		48. هل سبق لك أن فقدت السمع أو عانيت من مشاكل في السمع؟	
20. هل سبق لك أن تعرضت لإصابة تتطلب الأشعة السينية أو التصوير بالرنين المغناطيسي أو الأشعة المقطعية أو الحقن أو العلاج أو الدعامة أو الجبيرة أو العكازات؟		49. هل أنت قلق بشأن وزنك؟	
21. هل أصبت بكسر بسبب الإجهاد؟		50. هل تحاول إنقاص أو زيادة وزنك أو أوصاك أي شخص بذلك؟	
22. هل قيل لك من قبل أن لديك عدم استقرار الرقبة أو طلب منك إجراء أشعة سينية لذلك؟ (متلازمة داون أو التقرن)		51. هل تتبع نظاماً غذائياً خاصاً أو تتجنب أنواعاً معينة من الأطعمة؟	
23. هل تستخدم بانتظام دعامة، أو جهاز لتقويم العظام، أو أي جهاز آخر؟		52. هل أصبت من قبل باضطراب تناول الطعام؟	
24. هل لديك إصابة تزعجك في العظام أو العضلات أو المفاصل؟		53. هل لديك أي شواغل تود مناقشتها مع الطبيب؟	
25. هل لديك أي تاريخ من التهاب المفاصل لدى الأحداث أو مرض النسيج الضام؟		54. هل لديك أي حالات طبية أخرى؟	
26. هل تصبح أي من مفاصلك مؤلمة أو منتفخة أو دافئة أو تبدو حمراء؟		<b>للإثبات فقط</b>	
		55. هل حدثت لك الدورة الشهرية؟	
		56. هل واجهت أي مشاكل مع الدورة الشهرية (تشنجات شديدة، نزيف حاد)؟	
		57. متى كانت آخر مرة حدثت لك الدورة الشهرية؟	
		58. ماهو معدل تكرار الدورة الشهرية لديك؟	
<b>اشرح الإجابات بـ "نعم" أدناه.</b>			

اسم الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر	لقد راجعت استمارة السجل الطبي وأقر بموجبه، حسب علمي، بأن الإجابات على الأسئلة المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة. اعطي إيداً (اسم الطفل) بخوض الفحص الطبي، والذي سيتضمن الفحص الإربي والخصوي للولاد والفحص الإربي للفتيات. إذا تم إجراء هذا الفحص في بيئة المدرسة، فأنا أفهم أنه إذا رفضت أنا أو طفلي فحص هذه المناطق، فلن يكون بمقدور موفر الخدمة الطبية التابع لمكتب الصحة المدرسية إكمال هذه الاستمارة وفحص طفلي للمشاركة.
توقيع الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر	
رقم الهاتف	
التاريخ	



# PHYSICAL EXAMINATION FORM | Preparticipation Physical Evaluation

**NOTE: The medical provider should keep this form in the student's medical file. This form does not get returned to the athletic department.**

Last Name		First Name		Date of Birth	
School/Campus/ATSDBN			Grade	OSIS#	

STUDENT'S HISTORY FORM REVIEWED BY MEDICAL PROVIDER		YES	NO
PHYSICIAN REMINDER - Consider the questions below		COMMENTS	
Do you feel safe at your home or residence?			
Do you feel safe at school?			
Do you ever feel stressed out or under a lot of pressure?			
Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?			
Have there been any changes in your weight?			
Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?			
Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?			
Have you ever tried cigarettes, alcohol, or other drugs?			
During the past 30 days, did you use cigarettes, alcohol or other drugs?			
Are you sexually active?			
Are you using contraceptives?			
Do you wear a seat belt?			

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP	Pulse	Vision	Corrected
_____ / _____		R20/ _____ L20/ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Appearance</b> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP)		
<b>Eyes/ears/nose/throat</b> • Pupils equal • Hearing		
<b>Lymph nodes</b>		
<b>Heart<sup>a</sup></b> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
<b>Pulses</b> • Simultaneous femoral and radial pulses		
<b>Lungs</b>		
<b>Abdomen</b>		
<b>Genitourinary (males only)<sup>b</sup></b>		
<b>Skin</b> • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
<b>Neurologic<sup>c</sup></b>		

MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Neck</b>		
<b>Back (including scoliosis screening)</b>		
<b>Shoulder/arm</b>		
<b>Elbow/forearm</b>		
<b>Wrist/hand/fingers</b>		
<b>Hip/thigh</b>		
<b>Knee</b>		
<b>Leg/ankle</b>		
<b>Foot/toes</b>		
<b>Functional</b> • Duck-walk, single leg hop		

<sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.<sup>b</sup> GU exam must be done in a private setting; the presence of a third party/chaperone is needed. It should not be performed in mass participation settings. <sup>c</sup>consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion. I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) outlined on the Recommendations for Participation in Physical Education and Sports form. This form may be rescinded until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.

Name of medical provider (print/type)	Date	License/NPI Number
Address	Phone	
Signature of Medical Provider		
		MD/DO/NP/PA
		STAMP HERE

