

## الفحص الطبي الأولي للأطفال والشباب طالبي اللجوء في سن المدرسة [arabia]

Kouluikäisten turvapaikkaa hakevien lasten ja nuorten alkuterveystarkastus arabiaksi

المعلومات الأولية (سرد لحالة المريض):	
اسم العائلة والأسماء الشخصية:	تاريخ الميلاد:
رقم التسجيل للأجنبي:	دولة الولادة: في أي دولة ولدت؟ سجل دولة الولادة / لا توجد معلومات بشأن ذلك
العائلة: ممن تتكون عائلتك ومع من تسكن؟ هل طرأت تغييرات على تركيبة عائلتك؟	
العوامل التي تثقل كاهل العائلة: هل هناك أمور مثقلة للكاهل في حياة عائلتك في الوقت الحاضر، كالخسائر أو الصعوبات أو المحن؟	
مهارات القراءة: ما مدى معرفتك للقراءة؟ استطيع قراءة جميع النصوص / أستطيع قراءة النصوص البسيطة / أستطيع قراءة الأسماء والكلمات والعبارات البسيطة جداً / لا أعرف على الإطلاق.	سنوات الدوام في المدرسة: كم سنة درست في المدرسة؟
مناطق الإقامة: في أي دول كنت تسكن قبل أن تأتي إلى فنلندا؟ سجل الدول التي سكنت فيها / لا توجد دول أخرى تم السكن فيها / لا توجد معلومات بشأن ذلك	الظروف: هل عشت في الشارع أو في مخيم اللاجئين أو في مركز استقبال اللاجئين أو كنت في وحدة التحفظ على الأفراد أو في السجن؟ لا / في الشارع / في مخيم اللاجئين / في مركز استقبال اللاجئين / في وحدة التحفظ على الأفراد / في السجن / لا توجد معلومات بشأن ذلك
هل كان نموك وتطورك مماثلاً للذين هم في نفس مستوى عمرك؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك	
شعورك بحالة الصحة لديك: كيف تشعر صحتك في الوقت الحاضر؟ خيارات الإجابة هي: جيدة جداً / جيدة / مقبولة / سيئة / سيئة جداً	الأمراض: هل لديك مرض مُزمن مُعين أو مشكلة صحية مُزمنة؟ الأمراض من الممكن أن تكون على سبيل المثال مرض ضغط الدم أو الاكتئاب النفسي أو مرض قلب أو حساسية. سجل الأمراض / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك
المعلومات الأولية بشأن السل: هل مرضت من قبل أنت أو أحد أفراد عائلتك أو قريبك بمرض السل؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك	الفترات التي تم قضائها في المستشفى والعمليات الجراحية: هل تم إجراء لك فحوصات مهمة أو علاج أو فترات علاج في المستشفى أو عمليات جراحية؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك
الدواء الذي تستخدمه الآن: ما هي الأدوية التي تستعملها في الوقت الحاضر؟ هل تم وصف أدوية لك، ولكنك لا تستخدمها في الوقت الحاضر؟	
الأعراض: هل ظهرت لديك أعراض أو أوجاع أثناء فترة الشهر الأخير؟ الأعراض من الممكن أن تكون على سبيل المثال ألم الأسنان أو ألم الرأس أو الظهر أو أوجاع البطن أو أعراض على الجلد أو نقص للوزن غير إرادي. نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك	البلغم: هل ظهر لديك أثناء فترة الشهر الأخير سعال/قحة كان يخرج معها بلغم أو دم؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك
الحالة الصحية في الوقت	السخونة أي ارتفاع درجة الحرارة: هل كان لديك أثناء فترة الشهر الأخير ارتفاع في درجة الحرارة استمر لمدة تزيد عن ثلاث أسابيع؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك

<p><b>القدرة على الفعالية:</b> هل لديك مشكلة صحية تقيدك/تقيد فعاليتك ونشاطاتك اليومية؟ خيارات الإجابة هي؟ لا تقيد / تقيد ولكن ليس بشكل خطير / تقيد بشكل خطير</p>	
<p><b>النظر:</b> هل لديك مشكلة بخصوص النظر، بحيث تؤثر على فعاليتك ونشاطاتك اليومية؟ عم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p><b>السمع:</b> هل لديك مشكلة بخصوص السمع، بحيث تؤثر على فعاليتك ونشاطاتك اليومية؟ عم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>

<p><b>التجارب الصادمة:</b> تحدث مع الناس أحياناً أمور من الممكن أن تكون صادمة جداً، ومن الممكن أن يكون لها تأثيرات طويلة المدى على نمو الطفل وتطوره وصحته ورفاهيته. أسألك فيما يلي عن بعض هذه التجارب. هل تعرض الطفل أو الشاب لحدث أو شيء صعب من الناحية النفسية أو الجسدية؟ هذه الأحداث من الممكن أن تكون على سبيل المثال وجوده أثناء وقوع الحادث أو العنف أو حالات النزاع، أو أن يكون الطفل مُجبراً على الانفصال عن ولي أمره. عم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p>الرفاهية النفسية</p>
<p><b>الإعاقات/الإصابات:</b> هل لديك إعاقة/إصابة قد تسبب بها العنف أو حادث؟ عم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p><b>العاطفة:</b> هل لديك لدى الطفل مشاكل من الناحية العاطفية؟ المشاكل من الناحية العاطفية من الممكن أن تكون على سبيل المثال التوتر أو عدم السعادة أو القلق أو الانعزال أو الخوف أن الأفكار بأنه من الأفضل لو كان ميتاً. خيارات الإجابة هي: لا على الإطلاق / أقل من مرة واحدة في السنة / سنوياً / شهرياً أو أسبوعياً / يومياً / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p><b>الاضطرابات السلوكية:</b> هل لديك لدى الطفل مشاكل سلوكية؟ كم عدد المرات؟ المشاكل السلوكية هي على سبيل المثال العنف أو السلوك اللامبالي والتحدي الذي لا يُعتبر مناسباً من ناحية التطور الطبيعي. خيارات الإجابة هي: لا على الإطلاق / أقل من مرة واحدة في السنة / سنوياً / شهرياً أو أسبوعياً / يومياً / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p><b>النشاط المفرط:</b> هل لديك لدى الطفل مشاكل من ناحية النشاط المفرط أو الدقة؟ كم عدد المرات؟ مشاكل النشاط المفرط والدقة، هي على سبيل المثال عدم القدرة على التركيز والنشاط المفرط والاندفاع. خيارات الإجابة هي: لا على الإطلاق / أقل من مرة واحدة في السنة / سنوياً / شهرياً أو أسبوعياً / يومياً / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p><b>استعمال مُنتج التبغ أو الدخان:</b> كم عدد المرات؟ يوميًا / عشوائيًا / لا مطلقاً / قد أوقفت الاستخدام</p>	

<p><b>استعمال مُنتج التبغ أو الدخان:</b> كم عدد المرات؟ يوميًا / عشوائيًا / لا مطلقاً / قد أوقفت الاستخدام</p>	<p><b>مُنتج التبغ/الدخان:</b> هل تُدخن أو تستعمل مُنتجات النيكوتين الأخرى كالسيجارة الإلكترونية أو النرجيلة/الشييشة أو هل دخنت من قبل وأوقفت التدخين؟ التبغ أي الدخان / السعوط / السجارة الإلكترونية / شيء آخر</p>	<p>العادات والأطباق الصحية</p>
<p><b>استخدام الشباب للمشروبات الكحولية:</b> هل تستخدم المشروبات الكحولية؟ كم عدد المرات؟ خيارات الإجابة هي: يوميًا / 3 - 6 مرات في الأسبوع / 1 - 2 مرات في الأسبوع / 1 - 3 مرات في الشهر / 7 - 11 مرة في السنة / 4 - 6 مرات في السنة / 1 - 3 مرات في السنة / أقل من مرة واحدة في السنة / لا مطلقاً</p>		
<p><b>استعمال المخدرات الأخرى:</b> هل استعملت مُخدرات أخرى كالقنب (الحشيش) أو القات أو مُخدرات أخرى أو أدوية بغرض استخدامها كمادة مُخدرة. لا / أشباه الأفيونيات/ المحفزات / أدوية النوم أو المهدئات / العقاقير المسببة للهلوسة / محاليل المنبيات / عقار جاما هيدروكسي بيوتيريت أو الورنيس / القنب أي الحشيش / أشياء أخرى / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		
<p><b>الحميات الغذائية أي النظام الغذائي الخاص:</b> هل تتجنب مواد طعام معينة من النظام الغذائي؟ خالي من اللاكتوز أو قليل اللاكتوز / خالي من مادة القلوتين / نظام غذائي نباتي، تتوفر فيه مستحضرات الحليب و/أو بيض الدجاج / نظام غذائي نباتي، فيه السمك / نباتي / حساسية الحنطة / الحساسية للحليب / حساسية لمادة غذائية أخرى / نظام غذائي خاص آخر</p>		
<p><b>المشاكل المتعلقة بالنوم:</b> هل كانت لديك أثناء فترة الشهر الأخير مشاكل بخصوص النوم، على سبيل المثال صعوبات بخصوص الخلود للنوم أو الاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل؟ صعوبة بخصوص الخلود للنوم / صعوبة من ناحية البقاء نائمًا / الاستيقاظ صباحاً بشكل مُبكر جداً / نسق النظام اليومي مضطرب / التعب أثناء النهار / اضطراب آخر بخصوص النوم</p>	<p><b>تنظيف الأسنان بالفرشاة:</b> كم مرة تقوم بتنظيف أسنانك بفرشاة الأسنان؟ خيارات الإجابة هي: مرتين في اليوم أو أكثر من ذلك / مرة واحدة في اليوم / أقل من مرة واحدة في اليوم</p>	
<p><b>استعمال المُخدرات الأخرى:</b> هل استعملت مُخدرات أخرى كالقنب (الحشيش) أو القات أو مُخدرات أخرى أو أدوية بغرض استخدامها كمادة مُخدرة. لا / أشباه الأفيونيات/ المحفزات / أدوية النوم أو المهدئات / العقاقير المسببة للهلوسة / محاليل المنبيات / عقار جاما هيدروكسي بيوتيريت أو الورنيس / القنب أي الحشيش / أشياء أخرى / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		

<p><b>المشاكل المتعلقة بنزيف الدورة الشهرية: هل لديك مشاكل فيما يتعلق بالدورة الشهرية؟</b> لا توجد مطلقاً / ألم مزعج أثناء فترة الدورة الشهرية / النزيف الدموي الكثيف أثناء فترة الدورة الشهرية / الدورات الشهرية غير المنتظمة / وجاع أخرى، ما هي؟</p>		<p><b>بدء الدورة الشهرية: هل بدأت الدورة الشهرية؟</b> نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p><b>عدد مرات الولادة:</b> هل ولدت من قبل؟ إذا كنت قد ولدت من قبل، فكم عدد مرات الولادة؟</p>	<p><b>عدد مرات الحمل:</b> هل كنت حاملاً قبل ذلك؟ إذا كنت حاملاً من قبل، فكم مرة كنت حاملاً؟</p>	<p><b>الدورة الشهرية الأخيرة:</b> متى كانت لديك الدورة الشهرية الأخيرة؟</p>	<p><b>الحمل المحتمل:</b> هل أنت حامل؟ نعم / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>
<p>أطرح أسئلة فيما يلي بشأن شركاء العلاقة الجنسية. بذلك يكون بإمكاننا التحدث فيما إذا كنت بحاجة إلى فحوصات وعلاج فيما يتعلق بهذه المعلومات. من المهم الإجابة على الأسئلة حسب وضعك، دون التفكير بالأشياء المتوافق بشأنها أو المقبولة بين الجماعة التي أنت منها. في فنلندا لا يجوز تهميش أي شخص بناءً على أموره الجنسية أو بناءً على التصرف الجنسي.</p>			
<p><b>الجنس:</b> هل مارست الجنس خلال السنة الأخيرة؟ لا ممارسة للجنس على الإطلاق / ممارسة للجنس مع شخص من الجنس الآخر / ممارسة الجنس مع شخص من نفس الجنس / لا أريد الإبلاغ عن ذلك</p>		<p><b>الجماع:</b> هل مارست الجنس (الجماع) مسبقاً؟</p>	
<p><b>منع الحمل:</b> هل تحتاجين إلى الواقي لمنع الحمل أو للوقاية من الأمراض التي تنتقل من خلال الجنس؟ لا توجد حاجة ولا تستعمل / توجد حاجة، ولكن لا تستعمل / تستعمل مانع الحمل / لا توجد رغبة في الإبلاغ عن ذلك</p>		<p><b>عدد الشركاء:</b> كم عدد الأشخاص الذين مارست الجنس معهم خلال السنة الأخيرة؟ واحد فقط / 1 - 10 / أكثر من 10 / لا أريد الإبلاغ عن ذلك</p>	
<p><b>النية بشأن الختان:</b> (سؤال للوالد/الوالدة): هل فكرت في ختان طفلك؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p><b>ختان الوالد أو الوالدة:</b> (سؤال للوالد/الوالدة): هل تم ختان والد/والدة الطفل أو الشاب؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p><b>الختان:</b> يتم ختان البنات/الأولاد في بعض الدول، حيث أن ذلك من الممكن أن يؤثر على الصحة. هل تم إجراء عملية الختان لك؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p>المعلومات الأولية الأخرى:</p>			

الصحة الجنسية والصحة المتعلقة بالتكاثر

**المعلومات الخاصة بالمخاطر (على سبيل المثال: الحساسيات للأدوية)**

--

**الوضع الحالي (الوضعية):**

<p><b>الجلد:</b> هل هناك أشياء غير طبيعية تمت ملاحظتها أثناء فحص الجلد؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p><b>فحص الفم:</b> هل هناك أشياء غير طبيعية تمت ملاحظتها أثناء فحص الفم؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p>الملاحظات الأخرى بشأن الوضع الحالي:</p>
---	---	--

**القياسات الفسيولوجية**

<p><b>ضغط الدم ونبض القلب:</b></p>	<p><b>درجة حرارة الجسم:</b></p>
<p><b>الوزن، بالكيلوجرام:</b> هل طرأت تغيرات على الوزن:</p>	<p><b>الطول، بالسنتيمتر:</b></p>
<p><b>مؤشر كتلة الجسم (BMI)</b></p>	<p><b>مؤشر كتلة الجسم (BMI)</b></p>

<b>التطعيم واللقاحات</b>	
التطعيم واللقاحات السابقة: ما هي التطعيمات أو اللقاحات التي حصلت عليها أنت/الطفل قبل المجيء إلى فنلندا؟ لا تطعيمات أو لقاحات على الإطلاق / بعض التطعيمات أو اللقاحات / جميع التطعيمات أو اللقاحات التي في البلاد الأصل	
بيانات التطعيمات واللقاحات:	
<b>الخطوة:</b>	
<b>الخطوة:</b>	
<b>مواصلة العلاج والفحوصات الإضافية:</b> صورة أشعة للرنيتين / فحوصات الدم للغريلة / الفحص الطبي الأولي للطبيب / ممرضة مركز استقبال اللاجئين / الطبيب / طبيب الأسنان / استشارات الأمومة والطفولة / الرعاية الصحية للمدرسة أو الرعاية الصحية الطلابية / عاملة الخدمات الاجتماعية / تحويلة أخرى أو حجز موعد	
<b>التوجيه:</b> الخدمات الصحية / أدوية العلاج الشخصي بدون وصفة طبيب / الصحة النفسية / صحة - (SELI) / التغذية / صحة الفم / توجيه من نوع آخر	
<b>موافقة على التسليم:</b> نم منح الموافقة / موافقة مُقيدة / غير موافق	<b>موافقة على الجلب:</b> نم منح الموافقة / موافقة مُقيدة / غير موافق
<b>التوقيع:</b>	