



الفحص المدرسي الشامل لطلاب المدارس (تقرير الطالب) COMPREHENSIVE SCHOOL SCREENING Student's Report

Student Name _____ اسم الطالب / الطالبة
School Name _____ اسم المدرسة
Grade _____ Section _____ الشعبة
Academic Year _____ السنة الدراسية
Screening Date _____ تاريخ الفحص المدرسي الشامل
Clinic Name _____ اسم العيادة

Dear Parent,

Based on your approval to conduct the comprehensive School Screen, we provided the following tests to your son/daughter:

عزيزي ولي الأمر،

بناء على موافقتكم تم إجراء الفحص المدرسي الشامل لـابنكم/ابنتكم وعمل الفحوصات التالية:

ملاحظات Comments	يحتاج للمتابعة Needs Follow up		تم إجراء الفحص Screening Done		نوع الفحص Type of Screening
	اسم المركز المحول إليه Referral To	لا NO	نعم YES	لا NO	
المشكلة الصحية أن وجدت - سبب التحويل (Clinical Findings, Reason for Referrals)					فحص النظر Vision Screening
					فحص مؤشر كتلة الجسم BMI (Body Mass Index)
					فحص السمع Hearing Screening
					الكشف السريري Physical Examination
					فحص انحناء العمود الفقري Scoliosis Screening
					فحص الدم CBC
					فحص الأسنان Dental Screening
					الفحص الاستكشافي للاكتئاب Depression screening

To ensure the provision of comprehensive continuous medical care to your child, the AHS clinic will contact you for an appointment in case he/she needs follow up. For further information, contact the AHS Call Center 80050

وحرصا منا على تقديم الرعاية الطبية المتكاملة لـابنكم/ابنتكم سيتم الاتصال بكم وتحديد موعد للطالب الذي يحتاج إلى متابعة في مراكز الخدمات العلاجية الخارجية - للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال على 80050