



نموذج التحقق من الإعاقة الصحية

يُستخدم في حالات القيود الحركية و/أو القيود الإدراكية، مثل حالات الإعاقة البصرية، أو السمعية، أو أي حالات صحية أخرى أو أمراض مزمنة.

القسم الأول – يُستكمل من قبل الطالب

الاسم:	رقم الطالب:
العنوان:	تاريخ الميلاد:
الهاتف:	الطبيب المعالج أو الأخصائي المعتمد:
الهاتف:	الفاكس:
العنوان:	

أوافق على الإفصاح عن المعلومات المطلوبة في نموذج التحقق من الإعاقة الصحية لمكتب ذوي الاحتياجات الخاصة في كلية المجتمع في قطر.

توقيع الطالب _____ التاريخ _____

القسم الثاني والثالث – يُستكمل من قبل الطبيب المعالج أو أخصائي معتمد

أ. أكمل هذا القسم بمعلومات عن المريض الذي يعاني من قيود حركية
ما هي القيود التي يعاني منها المريض فيما يخص الفترة الزمنية لممارسة:
الجلوس _____ الكتابة _____ المشي _____
القيود الوظيفية التي قد تتطلب تعديلات على مقاعد قاعات الدراسة التقليدية، والمختبر/ مراكز العمل، والبحوث المكتبية، إلخ:

ب. أكمل هذا القسم بمعلومات عن المريض الذي يعاني من قيود إدراكية
إعاقة بصرية: حدة البصر _____ يسار _____ يمين _____
الحقل البصري _____ يسار _____ يمين _____
ملاحظات:

إعاقة سمعية: درجات فقدان السمع بالديسيبل (يرجى استخدام مخطط السمع الحالي) يسار _____ يمين _____
ملاحظات:

يرجى النظر إلى الصفحة الخلفية للتوقيع والتحقق من فئات الإعاقة الأخرى



نموذج التحقق من الإعاقة الصحية

القسم الثالث - يرجى تعبئته لكافة المرضى

أ. التشخيص	توقعات سير المرض
هذه الإعاقة: (يرجى اختيار جواب واحد) دائمة [] موقته []	
إن كانت الإعاقة موقته، من المتوقع أن تستمر حالة الإعاقة	
_____ أيام	أسابيع
أشهر	(ارسم دائرة حول جواب واحد)
ب. يرجى وصف قيود الإعاقة الوظيفية، وتأثير الأدوية، وغيرها بإيجاز على قدرة الطالب على تحقيق متطلبات الصف.	
ج. اسم الأخصائي المعتمد (يرجى التدوين)	شهادة أو رقم الترخيص
اللقب	الهاتف
العنوان	
أقر أن المعلومات الواردة أعلاه كاملة ودقيقة.	
توقيع الطبيب أو الأخصائي المعتمد	التاريخ

نشكر لكم حسن تعاونكم!

يرجى إعادة هذا النموذج إلى الطالب أو إرساله عبر البريد الإلكتروني لمرشد الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة:

ستيفاني بونر

Stephanie.Bonner@ccq.edu.qa

+974 4401 1497