العلاج الوظيفي والطبيعي

PARENT CHECKLIST

السيد الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر:

يرجى تعبئة هذه الاستمارة كلياً وإعادتها قبل حلول تاريخ _____ للسيد(ة) _____. يمكنكم الاتصال بالسيد(ة) _____ إذا كان لديكم أي أسئلة. مع جزيل الشكر.

ما هو العلاج الوظيفي والعلاج البدني في المدرسة؟

إن العلاج الوظيفي (OT) والعلاج الطبيعي (PT) في المدرسة هما عبارة عن خدمات تساعد التلاميذ على الاستفادة من تعليمهم. وهذا يشمل قدرة التلاميذ على المشاركة داخل الفصل الدراسي، وقاعة الغذاء، والاستراحة، وصالة الألعاب الرياضية وجهات أخرى من المدرسة.

العلاج الطبيعي (PT)

يركز على قدرة التلميذ على:

- المشاركة في الأنشطة البدنية داخل المدرسة
- المناورة داخل بيئة الفصل الدراسي
- الوصول إلى المناطق المختلفة في المدرسة عن طريق المشي، أو بالكرسي المتحرك، أو بوسائل أخرى للتنقل

العلاج الوظيفي (OT)

يركز على قدرة التلميذ على:

- استخدام أدوات الفصل لإنجاز الأعمال المدرسية
- اتباع عادات الفصل؛ تنظيم الأدوات
- القيام بأنشطة الرعاية الذاتية مثل النظافة، المرحاض، تناول الطعام وارتداء الملابس

نرجو وضع علامة على التقييم الذي ترغبون بإجرائه لطفلكم:

☐ العلاج الوظيفي (OT) ☐ العلاج الطبيعي (PT)

اسم التلميذ(ة):	رقم هاتف المنزل:
الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر:	رقم الهاتف المحمول:
هل تلقى طفلكم أو يتلقى حالياً: ☐ OT ☐ PT إذا كان الجواب نعم، لكم من الوقت؟	
من الذي طلب هذا التقييم؟ ☐ أنا شخصياً/ الوالد(ة) ☐ الطبيب(ة) ☐ المعلم(ة) ☐ آخر:	
الطبيب(ة) الرئيسي(ة):	رقم الهاتف:
الأخصائي(ة) الطبي(ة):	رقم الهاتف:
المستشفى:	رقم الهاتف:
مصحة الكرسي المتحرك/ المعدات:	رقم الهاتف:
أخصائي(ة) تقويم العظام:	رقم الهاتف:

التشخيصات الطبية: (بما في ذلك أمراض الحساسية) _____

التاريخ الطبي السابق (أضف التواريخ)

☐ الجراحة: _____ ☐ المرض/ العناية في المستشفى _____

الأدوية: (تشمل المكملات الغذائية أو نظام غذائي خاص) _____

هل كان الحمل والولادة طبيعيان؟ ☐ نعم ☐ لا اشرح: _____

☐ ولادة مبكرة: عدد الأسابيع _____

كم كان عمر طفلكم تقريباً عندما كان بإمكانه أن:

يتدحرج: _____ يجلس بمفرده: _____ يحبو: _____ يمشي: _____ يقول كلمات: _____

كيف يمكنكم وصف شخصية طفلكم؟ ما هي نقاط القوة، والقدرات، والاهتمامات لدى طفلكم؟

ما هي أكبر شواغلكم فيما يخص أداء طفلكم في المدرسة؟

صفوا قدرة طفلكم على إكمال إنجاز واجبه المدرسي. ما هي الاستراتيجيات التي تستخدمها، إذا توفرت؟

كيف تأملون أن يساعد طفلكم العلاج في المدرسة؟

يرجى وضع علامة على الأشياء التي تنطبق على بيئة منزلكم:

☐ بيت ☐ شقة ☐ سلالم: عدد الطوابق _____ ☐ مصعد ☐ ميسر للكرسي المتحرك

كيف يتنقل طفلكم إلى ومن المدرسة؟ ☐ مشياً ☐ بالسيارة ☐ بالحافلة/ قطار الأنفاق ☐ غير ذلك:

ما هي الأنشطة التي يشارك فيها طفلكم خارج المدرسة؟ ☐ يلعب مع الأصدقاء أو الأقرباء

☐ الرياضة أو النوادي ☐ الأحداث المحلية أو الاجتماعية ☐ يعمل أو يتطوع ☐ العلاج/ الزيارات الطبية

نرجو الشرح:

يرجى وضع علامة على أدوات المساعدة أو التقنيات التي يستخدمها طفلكم: ☐ مبدل ☐ معالج الكلمات/كمبيوتر محمول

☐ دعامات ☐ عكاز ☐ عكاكيز ☐ دعامة المشي ☐ دعامة الوقوف ☐ عربة ☐ كرسي متحرك ☐ غيره:

نرجو وضع علامة على الأشياء التي <u>يستطيع أن يقوم بها طفلكم بمفرده</u>:

☐ دخول السرير ومغادرته
☐ الوقوف من على الكرسي أو الكرسي المتحرك
☐ التنقل في المنزل
☐ يعرف باحتياجاته
☐ يقوم بأعمال البيت
☐ يستخدم السلالم
☐ يستخدم الحمام
☐ يهتم بالنظافة/ الاعتناء بالمظهر الخارجي

☐ يستخدم أدوات الطعام
☐ يشرب من الكأس
☐ يحضر وجبة خفيفة أو ساندويتش
☐ يرتدي ملابسه ☐ يستخدم المشابك
☐ يعبر الشارع
☐ يستقل الحافلة أو مترو الأنفاق
☐ يذهب إلى المتجر للشراء ويعدّ الباقي
☐ يحمل حقيبة الكتب أو الأشياء

يرجى وضع علامة على الأشياء التي تنطبق طفلكم:

☐ ضعيف، يتعب بسهولة
☐ بطيء
☐ أخرق
☐ يقع على الأرض كثيراً: كم مرة؟ _____
☐ يتجنب الأنشطة البدنية
☐ غالبا ما يشاهد التلفاز أو يلعب بألعاب الفيديو
☐ صعوبة في صعود الدرج
☐ صعوبة في النزول من الدرج
☐ صعوبة في المشي

☐ لا يكف عن الحركة، مفرط في الحركة
☐ قابل لتشتت الانتباه
☐ يصاب بالاحباط بسهولة، نوبات الغضب
☐ لا يحب المدرسة
☐ صعوبة في تكوين صداقات
☐ يجد صعوبة في إتمام واجباته المدرسية
☐ لا ينام بشكل جيد
حساس تجاه:
☐اللمس ☐الصوت ☐الرائحة ☐تغيير العادات